FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1900-1901. — N° 69.

LA

# CRISE APPENDICULAIRE

## ÉTUDE PATHOGÉNIQUE ET ÉTIOLOGIQUE

## THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Décembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre BRIONVAL

Né le 2 Mars 1877, à Toul (Meurthe-et-Moselle),
Élève à l'École du Service de Santé Militaire.

LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 69.

LA

# CRISE APPENDICULAIRE

## ÉTUDE PATHOGÉNIQUE ET ÉTIOLOGIQUE

## THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Décembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre BRIONVAL

Né le 2 Mars 1877, à Toul (Meurthe-et-Moselle),

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1900

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. . . . . Doyen.
LACASSAGNE . . . . . Assesseur.
CROLAS. . . . . Questeur

### PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

### PROFESSEURS

| | |
|---|---|
| Cliniques médicales. . . . . | MM. LÉPINE. BONDET. BARD. |
| Cliniques chirurgicales. . . . . | PONCET. X. |
| Clinique obstétricale et Accouchements . . . . . | FOCHIER. |
| Clinique ophtalmologique. . . . . | GAYET. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . . | GAILLETON. |
| Clinique des maladies mentales. . . . . | PIERRET. |
| Physique médicale . . . . . | MONOYER. |
| Chimie médicale et pharmaceutique. . . . . | HUGOUNENQ. |
| Chimie organique et Toxicologie . . . . . | CAZENEUVE. |
| Matière médicale et Botanique . . . . . | FLORENCE. |
| Parasitologie . . . . . | LORTET. |
| Anatomie . . . . . | TESTUT. |
| Anatomie générale et Histologie. . . . . | RENAUT. |
| Physiologie. . . . . | MORAT. |
| Pathologie interne . . . . . | TEISSIER. |
| Pathologie externe . . . . . | AUGAGNEUR. |
| Pathologie et Thérapeutique générales . . . . . | MAYET. |
| Anatomie pathologique. . . . . | TRIPIER. |
| Médecine opératoire. . . . . | POLLOSSON (M.) |
| Médecine expérimentale et comparée. . . . . | ARLOING. |
| Médecine légale . . . . . | LACASSAGNE. |
| Hygiène. . . . . | COURMONT. |
| Thérapeutique . . . . . | SOULIER. |
| Pharmacologie . . . . . | CROLAS. |

### PROFESSEUR ADJOINT

| | |
|---|---|
| Clinique des Maladies des Femmes. . . . . | LAROYENNE. |

### CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

| | |
|---|---|
| Clinique des Maladies des Enfants. . . . . | WEILL, agrégé |
| Maladies des voies urinaires . . . . . | CHANDELUX — |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx . . . . . | LANNOIS, — |
| Accouchements. . . . . | POLLOSSON(A.)— |
| Propédeutique médicale . . . . . | ROQUE, — |
| Propédeutique chirurgicale. . . . . | GANGOLPHE, — |
| Botanique . . . . . | BEAUVISAGE. — |

### AGRÉGÉS

| MM. | MM. | MM. | MM. |
|---|---|---|---|
| BEAUVISAGE. | CONDAMIN. | VALLAS. | PAVIOT. |
| ROQUE. | DEVIC. | SIRAUD. | NOVÉ-JOSSERAND |
| ROUX. | COLLET. | DURAND. | BÉRARD. |
| POLLOSSON (A.) | BOYER. | DOYON. | SAMBUC. |
| ROCHET. | BARRAL. | PIC. | BORDIER. |
| ROLLET. | MOREAU. | | |

*M. BEAUDUN, Secrétaire.*

## EXAMINATEURS DE LA THESE

M. TEISSIER, *Président ;* M. CHANDELUX, *Assesseur;*
MM. ROQUE et PAVIOT, *Agrégés.*

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A la Mémoire

DE MON PÈRE ET DE MA SOEUR BIEN-AIMÉS

A MA MÈRE

*Témoignage de ma profonde vénération.*

A TOUS MES PARENTS

A M. LE PROFESSEUR TEISSIER

Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON EXELLENT COUSIN, LE Dr H. COMTE

Médecin-Major de 1re Classe,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES DE NANCY ET DE LYON

A MES AMIS

LES Drs CORNET, DE GAULEJAC ET NICOLLE

*Qu'il nous soit permis, au seuil de l'avenir qui s'ouvre devant nous, de jeter un coup d'œil en arrière, et d'adresser l'expression de nos remercîments et de notre profonde reconnaissance à tous ceux qui ont bien voulu nous soutenir de leur affection et nous éclairer de leur science.*

*Nous ne saurions oublier ici les parents dévoués, et les amis (bien sincères, ceux là !) de notre vénéré père, ceux qui, depuis dix longues années, nous ont toujours entouré de leur bienveillant intérêt et de leur généreuse sollicitude. Qu'ils veuillent bien lire dans ces lignes l'expression émue et profonde de toute notre gratitude.*

*M. le professeur* Teissier *a bien voulu nous aider de ses précieux conseils dans la rédaction de ce premier et modeste travail ; nous ne saurions trop l'en remercier. Auprès de lui, nous avons retrouvé cet abord facile et bienveillant, cette amabilité que nous trouvions à Nancy auprès de nos premiers maîtres ; et, à ce titre encore, nous sommes heureux de lui témoigner publiquement toute notre respectueuse reconnaissance.*

*C'est pour nous un pieux devoir que d'évoquer ici la mémoire du regretté professeur* Heydenreich, *car il guida nos premiers pas dans la clinique chirurgicale ;*

*c'est auprès de lui que nous avons puisé le meilleur de nos connaissances ; à son école que nous avons compris toute la noblesse et l'élévation des devoirs d'un médecin.*

*MM. les professeurs* Weiss, Rohmer *et* Nicolas *se sont toujours intéressés à nous avec une bienveillance dont nous avons été profondément touché ; nous sommes heureux de les en remercier aujourd'hui et de leur exprimer toute notre vive gratitude.*

*L'idée première de ce travail revient à notre excellent cousin, le* Dr Henri Comte, *médecin-major de 1re classe, dont les conseils ici, comme en toutes circonstances, nous ont toujours été d'un si précieux secours. Qu'il soit assuré, une fois de plus, de toute notre affection.*

*M. le médecin-major* Ruotte, *répétiteur ; MM. les médecins-majors* Braun *et* Patte, *surveillants à l'École du service de santé militaire, nous ont toujours accueilli avec beaucoup de bonté ; nous n'aurions garde de l'oublier, et de ne pas leur témoigner, en ce jour, l'expression de notre reconnaissance.*

*Nous avons trouvé chez la famille Saint-Jacques un accueil charmant aux heures de liberté, et de puissants encouragements aux pénibles moments de tristesse et d'ennui. Cette vie de famille, que nous revivions avec nos aimables compatriotes, évoquera toujours en nous des souvenirs fort agréables, que nous n'oublierons pas.*

*Né sur cette terre de Lorraine où les souvenirs restent vivaces, où l'on aime et respecte une armée à laquelle nous sommes fier d'appartenir, nous quitte-*

*rons Lyon sans regret; les quelques amis que nous avons trouvés à l'École du service de santé militaire ont su nous faire paraître moins longues ces trois dernières années; qu'ils soient assurés de notre affectueuse reconnaissance et de toutes nos sympathies.*

P. B.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545321_0043

LA

# CRISE APPENDICULAIRE

ÉTUDE PATHOGÉNIQUE ET ÉTIOLOGIQUE

## I

### THÉORIES PATHOGÉNIQUES ANCIENNES LEUR INSUFFISANCE

Quinze ans à peine se sont écoulés depuis que l'appendicite a pris rang dans le cadre nosologique ; et malgré son jeune âge, pour cette raison même peut-être, elle y occupe actuellement une place des plus importantes.

Tour à tour, médecins et chirurgiens se sont attachés à cet intéressant problème ; et chacun apportant son tribut d'observations et de théories, il semble que tout soit dit et qu'aucune maladie ne puisse reconnaître des causes mieux déterminées : il n'est pas, au contraire, de pathogénie plus confuse peut-être, en dépit d'interprétations multiples et contradictoires, source habituelle de lumière, dit-on, cependant.

Il nous semble inutile de retracer ici toute l'histoire de l'appendicite, de rappeler toutes les discussions, voire même les querelles qu'elle a suscitées ; nous nous

bornerons à rappeler les principales théories invoquées pour expliquer son apparition.

Jusqu'en 1888, l'inflammation de l'appendice était pour ainsi dire inconnue ; la typhlite régnait en souveraine, entourée dans l'esprit des auteurs du cortège symptomatique bien connu : empâtement de la fosse iliaque, douleurs, constipation, vomissements. C'est alors qu'une ère nouvelle, celle de l'antisepsie vint seconder la hardiesse des chirurgiens ; bientôt, en Amérique, des interventions précoces permirent de rattacher tous ces désordres à leur cause, et les lésions à leur véritable siège. De ce jour où elle venait de naître, l'appendicite allait donner lieu à bien des interprétations.

La première pensée des auteurs fut tout d'abord d'incriminer les corps étrangers. C'étaient des noyaux de fruits, des arêtes de poisson, des épingles, des boutons de chemise ; c'étaient, pour d'autres, des particules d'émail détachées des instruments de cuisson et ingérées avec les aliments ; c'était une foule d'autres objets encore, qui, par une étrange destinée, au lieu de suivre la même voie que les produits de la digestion, allaient s'égarer dans le diverticule iléo-cæcal, l'irritaient, le perforaient même, déterminant les accidents que nous connaissons. On a fait justice de cette insuffisante hypothèse ; les faits, du reste, ne sont pas venus à son appui ; et la statistique de Renvers, portant sur 459 cas, relève 16 fois seulement la présence de corps étrangers.

Talamon, cependant, n'abandonna pas cette idée d'un corps étranger dans la lumière de l'appendice. Sa

nature seule a changé. Il s'agit pour lui, le plus souvent, de calculs stercoraux formés dans le cæcum à la faveur de l'atonie intestinale et de la constipation qui en résulte. Tout à coup, sous l'influence d'une contraction anormale, le calcul s'engage dans l'appendice, et la colique appendiculaire éclate, grâce au froissement des parois de l'organe qui résistent à cette introduction. De plus, au-dessous du siège de l'obstruction s'accumulent les produits de sécrétion de la muqueuse qui, distendant à l'extrême les parois de l'appendice, comprimant ses vaisseaux, le préparent ainsi à une moindre résistance : les microbes enfermés dans sa lumière comme en une cavité close voient leur virulence s'exalter ; ils envahissent bientôt un territoire mal défendu et n'ont aucune peine à s'y comporter en maîtres. La statistique de Renvers, cependant, mentionnait 179 fois la présence de calculs sur 459 observations ; dans le reste des cas, l'étiologie de l'appendicite restait nulle pour Talamon, livrée entièrement à l'inconnu sans que rien pût expliquer son apparition.

Reclus, lui, cherche ailleurs l'explication de tous ces désordres. L'appendice, dit-il, est une sorte de fistule borgne naturelle où stagnent les liquides venus de l'intestin ; et c'est là un milieu propre à exalter la virulence des germes. De même, l'appendicite peut également n'être que la propagation à cet organe d'une lésion de l'intestin, particulièrement de l'entérite muco-membraneuse.

Comme tous ceux qui incriminaient tout à l'heure les corps étrangers, Reclus a eu le tort de vouloir étendre à tous les cas, sans distinction, son explication

pathogénique ; or, l'appendicite proprement dite, en tant qu'altération épithéliale primitive, peut évidemment, dans quelques cas, revêtir les causes diverses incriminées par eux ; mais la crise appendiculaire, qui s'accompagne d'emblée de phénomènes aigus et nécessite les interventions précoces, ne saurait leur obéir. Aussi, sans rejeter complètement les théories précédentes, nous verrons plus tard quelle part il leur faut faire.

Rochaz, étudiant les calculs tout d'abord incriminés, fit voir qu'ils sont toujours trop gros pour avoir pu passer de l'intestin dans l'appendice ; ils se sont, au contraire, formés sur place, ainsi que le prouvent et leur forme allongée, calquée sur celle de l'organe, et les strates concentriques dont ils sont formés.

C'était plus qu'il n'en fallait pour ruiner tout à fait la conception de Talamon, déjà si fragile. Mais ces calculs que la dissection permet de trouver dans l'organe enflammé, ces calculs nés sur place, ainsi qu'il ressort des travaux de Rochaz, peuvent-ils être la source des accidents?

Oui, répond alors Dieulafoy, et il établit à son tour sa théorie de la cavité close, à savoir qu'au-dessous du point oblitéré par un calcul, s'élabore un foyer d'infection dont les agents les plus communs sont le colibacille et le streptocoque. Ces agents, hôtes habituels de l'appendice, acquièrent à ce moment une notable exaltation de virulence et déterminent ces désordres que leur reprochait déjà Talamon. Il n'est pas besoin, toutefois, de la présence d'un calcul ; une torsion de l'organe sur son axe, une coudure due à la

présence d'une bride fibreuse, d'un repli du péritoine, toutes conditions aboutissant à une oblitération de la lumière appendiculaire, produisent le même résultat.

Et de fait, d'après Dieulafoy, il y a toujours, dans tout appendice enflammé, un rétrécissement tout au moins partiel de son calibre, qui rend absolue la théorie de la cavité close.

Cette affirmation avait quelque chose d'un peu trop exclusif; car, si dans un certain nombre de cas on trouve une oblitération de la lumière de l'appendice, il en est beaucoup d'autres où la communication reste pour ainsi dire entière avec l'intestin. La théorie de Dieulafoy se trouvait là en défaut, bien qu'il invoquât une oblitération temporaire, disparaissant dans la suite, comme pour sauver la théorie de la cavité close.

D'ailleurs, et ceci résulte des expériences de Roger et Josué, le vase clos se trouve être le résultat et non la cause des accidents de l'appendicite.

A l'appui de sa façon de voir, Dieulafoy invoquait les expériences de de Klecki. Cet auteur, en 1895, étranglant une anse intestinale de chien, à l'aide d'un lien de caoutchouc, déterminait une péritonite : les microbes contenus dans l'intérieur de cette anse étranglée subissaient une exaltation de virulence leur permettant d'en traverser les parois et de venir infecter la séreuse péritonéale. Cependant, Roger et Josué, en 1896, opérant non plus sur une anse intestinale, mais sur l'appendice iléo-cæcal lui-même, dont ils pratiquent la ligature aseptique, arrivent à des conclusions tout

à fait opposées, et mettent en relief les trois points suivants :

1° « Qu'un simple rétrécissement de la lumière de l'appendice » (fait le plus commun dans les observations de Dieulafoy) « n'amène aucune modification » ;

2° « Que dans la ligature complète, la plupart des animaux survivent presque indéfiniment » ;

3° « Que non seulement la transformation en cavité close n'exalte pas la virulence, mais au contraire l'atténue ». Nous reviendrons du reste sur ces expériences dans le cours de ce travail.

C'était là un argument puissant opposé à la théorie de Dieulafoy, qui jusqu'alors avait semblé réunir tous les suffrages ; et l'on en vint à chercher ailleurs que dans une obstruction de l'organe les causes efficientes des appendicites.

A l'Académie de médecine, à la Société de chirurgie, la question fut très vivement agitée en 1896 et 1897, et, à l'encontre des partisans de la cavité close, se rangèrent, entre autres, Brun, Laveran et Jalaguier, qui, recherchant dans la plupart des cas l'étiologie de la maladie, non plus dans les oblitérations plus ou moins constantes invoquées précédemment, dans les calculs, qui ne sont en somme qu'un produit de réaction de l'organe enflammé, mais dans les maladies infectieuses au cours desquelles ils la voyaient souvent s'installer, ne virent que l'effet dans les causes trop souvent invoquées par leurs adversaires, et dans l'appendicite que « l'expression locale d'une maladie générale ».

Telles sont, très brièvement esquissées, les diverses

théories qui se sont disputé l'honneur d'interpréter les appendicites. Toutes, jusqu'ici, se heurtent à d'irréfutables objections lorsqu'elles veulent expliquer toutes les formes et tous les cas. Nous nous efforcerons, dans le cours de ce travail, d'éclairer cette question encore si embrouillée, et de préciser le mode d'action des infections, seules causes efficientes véritables de la *crise appendiculaire*.

## II

### TYPES CLINIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Sans vouloir retracer une symptomatologie complète en cette étude, arrêtons-nous un instant au chevet de quelques malades atteints « d'appendicites ». Nous puiserons dans cette observation la notion de deux types cliniques bien distincts, auxquels correspondent du reste deux formes anatomo-pathologiques bien différentes. Ainsi apparaîtront les causes d'erreur auxquelles ont obéi les auteurs en voulant réduire à des causes uniques la pathogénie des accidents.

Un jeune homme de quinze à vingt ans vient d'éprouver brusquement, sans aucun prodrome, un point très douloureux dans la fosse iliaque droite. De suite, les forces lui manquent, les vomissements surviennent, son visage se couvre de sueurs froides. La température atteint bien vite 39 et même 40 degrés. Mais, que l'on regarde de plus près : quelques heures à peine se sont écoulées, et voilà le facies tiré, les pommettes rouges, les yeux brillants, une expression de tristesse, de stupeur bien caractérisée ; la langue est sèche, rôtie ; les lèvres sont recouvertes de fuliginosités;

on retrouve en un mot cet aspect si particulier aux malades atteints d'une infection générale et que, si communément, on observe dans la pneumonie, dans la grippe, dans la fièvre typhoïde. Le malade semble étranger à tout ce qui passe à son chevet; il fixe des yeux un point devant lui, toujours le même; à peine répond-il, d'un ton indifférent, aux questions que lui pose le médecin.

Le conduit-on sur la table d'opération, il se laisse faire sans résistance, sans même que sa physionomie trahisse une plus grande inquiétude. La laparotomie, dans bon nombre de cas, permet de voir un appendice rouge, turgescent, une inflammation des couches les plus externes, non suppurative encore, mais qui va le devenir si l'intervention se trouve retardée. Seul, le péritoine qui enveloppe l'organe prend part à l'inflammation; ailleurs, tout est sain, et l'examen approfondi du reste de l'abdomen ne révèle aucune trace d'inflammation. Aussi, tout en reconnaissant la réaction péritonéale, semble-t-il bien difficile d'admettre qu'une lésion aussi localisée, non suppurative même, ait pu, à elle seule, allumer les troubles graves que l'on vient d'observer. La douleur est due à l'inflammation locale du péritoine, ainsi que l'ont montré MM. Tripier et Paviot.

Mais, tous les organes abdominaux s'accompagnent dans leur inflammation de cette participation locale du péritoine ; la périhépatite s'adjoint aux lésions locales du foie ; les diverses variétés de gastrites, d'ulcères de l'estomac, s'accompagnent constamment, elles aussi, d'adhérences du péritoine voisin, de lésions de la séreuse analogues à celles que l'on vient d'observer, et

pourtant ces maladies sont bien loin d'emprunter le masque de gravité de la crise appendiculaire. Si l'on consulte encore la courbe de la température, on remarque une fièvre très élevée, ne témoignant guère par sa constance également en faveur d'une lésion locale du péritoine, d'autant plus que le pouls, à son tour, contraste étrangement au début avec celui de la péritonite qui terminera la scène : ici nous le trouvons accéléré, en rapport avec les révélations du thermomètre, loin d'être ralenti. Le hoquet, cette traduction si fréquente de la péritonite, manque constamment ici dans le cortège symptomatique. Il faudra donc rechercher ailleurs que dans cette péritonite locale, les causes de cet état grave.

C'est à ce type clinique brusque (dont nous venons d'envisager la forme la plus grave) que sera réservé le nom de *crise appendiculaire ;* nous le différencierons d'une seconde forme : de l'*appendicite proprement dite,* avec qui la première s'est trouvée trop longtemps confondue, dont l'évolution est beaucoup plus lente, et dont les lésions initiales sont absolument différentes.

Il s'agit ici d'un malade qui, depuis quelques jours, se trouvait mal à l'aise, se plaignait de céphalée, de constipation ; l'appétit lui manquait; de plus, il éprouvait une sensation vague de pesanteur dans la fosse iliaque, et celle-ci, petit à petit, est devenue le siège d'une douleur assez vive. On est bien loin ici du bruyant cortège symptomatique de la crise appendiculaire observée tout à l'heure, de cette marche fatale que seule, bien souvent, une intervention hâtive était capa-

ble d'arrêter. Trois jours se sont écoulés déjà, et seules quelques douleurs ont fait appeler le médecin. A peine le thermomètre révèle-t-il un léger mouvement fébrile ; à peine le malade éprouve quelques nausées, présente quelques vomissements ; mais le visage est calme et ne présente plus ce masque infectieux qui nous effrayait tout à l'heure. La langue est humide, légèrement saburrale ; le malade s'intéresse à son état, et il hésite bien souvent à se laisser opérer, ne croyant pas à une maladie aussi importante.

Les désordres, du reste, sont loin d'être identiques aux premiers ; les lésions peuvent, il est vrai, aboutir ici à la perforation et se traduire secondairement alors par les signes de la péritonite ; mais il s'agit en tous cas d'altérations primitives de la muqueuse tendant à infiltrer secondairement les diverses tuniques de l'organe. L'évolution anatomique se trouve être ainsi absolument différente de celle du premier cas, tout comme l'évolution clinique dont nous venons du reste d'envisager le type le moins grave, afin de bien faire ressortir les différences qui peuvent séparer les deux formes.

Mais au lieu d'opérer, on institue chez ce malade un traitement purement médical : une vessie de glace ou des sangsues sont appliquées au niveau de la région douloureuse ; il est soumis à la diète et à l'action de l'opium : bien souvent les accidents inflammatoires tendent à se résoudre, et l'état général redevient bon.

Le second type clinique que nous venons d'envisager répond à l'*appendicite proprement dite ;* elle est le fait d'une lésion purement locale et banale, siégeant primitivement sur la muqueuse. A elle pourront se

rattacher quelques-unes des explications pathogéniques précédemment invoquées, et qui ne sauraient, comme nous l'avons vu, rendre compte des symptômes bruyants de la *crise appendiculaire*. C'est ici seulement que la théorie de Reclus, que celle des premiers auteurs faisant des corps étrangers la source des accidents observés, trouveront peut-être leur vérification. Mais la forme grave d'emblée, la *crise appendiculaire* qui, en quinze heures, a pu atteindre, toute sa gravité, reconnaît des causes d'ordre absolument différent ; ses lésions en sont bien distinctes tout comme sa pathogénie qui, seule désormais, va faire l'objet de nos recherches.

## III

### PATHOGÉNIE DE LA CRISE APPENDICULAIRE

Nous avons vu dans les pages précédentes qu'aucune des théories jusqu'ici invoquées ne suffit à l'interprétation de l'ensemble des faits. Mais, nous avons de plus brièvement entrevu, également, l'action déterminante des maladies générales ; il nous reste, dès maintenant, à l'étudier en détail et à la discuter.

Ce n'est pas là, du reste, une notion récente : déjà en 1859, Leudet avait vu survenir la périty phlite au déclin de la variole ; avant lui, même, Becquerel voyait dans les fièvres éruptives une cause prédisposante des « solutions de continuité de l'appendice » ; depuis, les mêmes faits ont été fréquemment observés, sans pour cela qu'une constante relation unisse entre elles la crise appendiculaire et les maladies générales. Soucieux de l'état de la muqueuse, fascinés pour ainsi dire par les corps étrangers, les calculs enfermés dans la lumière de l'appendice, les auteurs n'avaient pas songé à incriminer d'autes causes déterminantes de son inflammation ; et si beaucoup relatent une coïncidence, plus ou moins rare, des maladies générales avec la crise appendiculaire, c'est pour faire de celles-ci, vu leur apparente

inconstance, des causes uniquement prédisposantes. Les observations cliniques qui leur servent de base, où ce rapport soit signalé, sont en effet relativement rares; et pour qu'on l'établisse, qu'on le soupçonne même, il faut que son évidence s'impose jusque dans l'esprit du malade. L'état actuel du malade s'y trouve, en général, noté beaucoup plus soigneusement qu'un passé, même peu lointain, plus ou moins oublié ; et, à moins que le rapport unissant entre elles une grippe, par exemple, et une crise appendiculaire n'ait frappé le malade lui-même, il n'en est fait aucune mention dans l'histoire de sa maladie.

C'est dans cette négligence qu'il faut chercher les causes de notre ignorance passée : il est peu de malades atteints d' « appendicite aiguë », chez qui un interrogatoire minutieux, un examen approfondi ne révèle une infection première, source plus ou moins éloignée et visible de l'affection actuelle. Celle-ci, il est vrai, n'apparaît pas toujours avec une parfaite évidence : il faut, le plus souvent, en retrouver soi-même les vestiges ou la déceler par l'interrogatoire, pour qu'elle soit accusée par un malade en proie à la fièvre, à des douleurs, et généralement très alarmé de son état.

Cette infection causale existe toujours. Elle peut être du reste, des plus insignifiantes en apparence, et l'étude étiologique, que nous ferons plus loin, nous présentera à côté des fièvres éruptives, de la grippe ou du rhumatisme articulaire, des infections localisées, comme un abcès dentaire ou un phlegmon du pied, qui ont été le point de départ vraisemblable des accidents appendiculaires consécutifs. Parfois même, en dépit des recher-

ches les plus minutieuses, la source infectieuse reste vague et ne peut être déterminée.

Cette apparente disproportion entre l'effet et la cause ne saurait nous être opposée au début de cette discussion; le siège, la nature exacte de cette infection ne pussent-ils même être nettement déterminés, que cette ignorance ne saurait affaiblir la conception que nous voulons défendre, soutenue qu'elle est, nous le verrons, par l'expérimentation et par une foule d'observations des plus démonstratives. Ne trouve-t-on pas, du reste, des exemples analogues dans toutes les maladies d'origine infectieuse, dont la pathogénie n'est même plus discutée? Combien ne voit-on pas survenir de ces brusques endocardites, en dehors de tout état infectieux, apparent du moins, déroutant si souvent au début, précisément pour cette cause, le diagnostic le plus éclairé? Trouve-t-on toujours la porte qui s'est ouverte au streptocoque de l'ostéomyélite; et les nombreux cas où les recherches furent infructueuses ont-ils donc fait abandonner la conception pathogénique qu'ils semblaient venir combattre? trouve-t-on toujours la trace du chancre initial de la syphilis? Ose-t-on douter de son existence passée en présence des accidents de la seconde et de la troisième période, en dépit même des dénégations les plus formelles du malade? On pourrait multiplier à l'infini les exemples de ce genre, les manifestations infectieuses dont la cause apparente nous échappe et que nous affirmons, malgré tout, sans la déterminer. Il en est de même pour la crise appendiculaire; l'infection qui l'a fait naître peut le plus souvent être retrouvée, et les quelques cas où elle échappe à nos

moyens d'investigation ne sauraient nous empêcher de la considérer toujours comme le résultat d'une infection.

Cette explication pathogénique a déjà son histoire. Au Congrès de Munich, en 1895, Sahli, de Berne, vint attirer l'attention sur la structure particulière, sur l'organisation lymphoïde si marquée de l'appendice, de cette véritable « amygdale intestinale » ; et il compare son inflammation à une angine, qu'il rattache bien souvent à une maladie générale.

« Plus j'étudie l'appendicite, disait deux ans plus tard Jalaguier, plus je tends à la considérer comme l'expression locale d'une maladie générale. » Et, de fait, il l'avait vue survenir plusieurs fois bien manifestement au cours de maladies infectieuses : de la rougeole, de la varicelle, des oreillons. Brun et Laveran adoptent la même opinion, devant l'insuffisance de la théorie du vase clos.

Merklen présente à la Société médicale des hôpitaux de Paris, trois cas d'appendicite consécutifs à une infection grippale.

Golubow, en Allemagne, va beaucoup plus loin : l'appendicite est, pour lui, non plus seulement une maladie infectieuse, mais encore une véritable maladie épidémique. A l'appui de sa façon de voir, il invoque le nombre relativement considérable de cas observés par lui et par plusieurs médecins de Moscou, à certaines périodes, en certains quartiers de plusieurs villes. Depuis, les communications de même ordre, relatant l'arrivée presque concomitante d'une infection et d'une appendicite se sont multipliées ; et, pour tous ces auteurs, la cause nouvellement invoquée a rempli

le rôle que Dieulafoy voulait assigner aux calculs, aux rétrécissements du calibre de l'organe, en exaltant la virulence des hôtes de l'appendice.

Mais cette façon de voir, également trop exclusive, devait, comme les précédentes, pénétrer sur le terrain de la discussion, et se mettre aux prises avec une explication nouvelle. Ces auteurs, en effet, n'avaient pas encore distingué entre l'appendicite et la crise appendiculaire, étendant ainsi leur interprétation à des cas qu'elle ne pouvait expliquer.

Ce fut le mérite de MM. Tripier et Paviot d'établir cette distinction anatomo-pathologique; leurs idées ont été développées depuis dans la thèse de Chambard. Cette fois, nous voyons disparaître l'exaltation de virulence, et l'infection nous apparaît agissant par elle-même, sans intermédiaires, déterminant avec ses agents propres les désordres que nous connaissons.

En résumé, deux explications nouvelles se réservent et se disputent la pathogénie de la crise appendiculaire. Reliées par un point commun, la cause première, qui est l'infection, elles diffèrent lorsqu'il s'agit d'expliquer le mode d'action de cette cause; et tandis que la première, soutenue par MM. Laveran, Brun et Jalaguier, fait sa part à l'ancienne conception du vase clos, invoquant une exaltation de virulence due à l'infection des hôtes normaux de l'appendice, la seconde, exposée par MM. Tripier et Paviot, ne veut voir dans la crise appendiculaire qu'une localisation secondaire d'une infection préalable, qu'une action directe, immédiate du processus infectieux. Nous allons dès lors rentrer dans la discussion et rechercher la vérité dans

l'une ou l'autre de ces deux théories, réservant toutefois à la crise appendiculaire seule la conception de Laveran.

La question de l'exaltation de virulence semble dès le premier abord très problématique. Laveran, qui l'invoque, ne fait, en somme, que se rallier à l'explication de Dieulafoy ; et l'infection, pour lui, se trouve encore réduite à l'état de cause prédisposante, au même titre que les calculs, que les rétrécissements de la conception passée. La cause véritablement immédiate de tous les désordres, c'est encore l'exaltation de virulence des microbes de l'appendice.

S'agit-il, dans cette conception, d'une association des toxines microbiennes provenant de l'infection sanguine avec les agents contenus dans le canal appendiculaire, dotant ces derniers d'une virulence plus forte, et leur facilitant par là même l'invasion des parois de l'organe ? C'est attribuer, en tout cas, bien peu de force aux agents infectieux qui ont su, dans bien des cas, terrasser à eux seuls un organisme tout entier, et altérer si profondément dans leur vitalité d'autres organes bien mieux faits pour la résistance. Comment se peut-il faire, dans cette hypothèse, que l'appendice seul se trouve infecté, alors que le reste du tube intestinal, dont les hôtes sont les mêmes, ne présente aucune trace de cette exaltation de virulence ?

Beaussenat, injectant du reste une culture virulente dans les veines de trois lapins, ne réussit, chez aucun d'entre eux, à déterminer les lésions de l'appendicite. L'exaltion de virulence se trouve d'autre part démentie par les recherches de Mlle Von Mayer, qui, dans plus de

la moitié des cas par elle observés, confirmait les expériences de Roger et Josué, en trouvant stérile le contenu des appendices enflammés, et, dans les autres, même réséqués à chaud, n'a trouvé aucune bactérie.

S'agit-il dès lors, non plus d'une exaltation de virulence des hôtes de l'appendice, mais, grâce à l'infection, d'une diminution de résistance de l'organisme et de l'appendice en particulier, permettant à ces microbes d'envahir ses parois, et de déterminer les désordres que nous connaissons? Pour admettre ce mode d'action de l'infection générale dans la crise appendiculaire, il faudrait l'admettre dans toutes ses autres complications; les manifestations premières de l'infection, elles-mêmes, pourraient n'être dues, dans cette hypothèse, en somme, qu'à la réaction des hôtes de notre organisme contre l'envahisseur ; et les lésions observées seraient dues aux premiers. Mais l'anatomie pathologique, aidée de la bactériologie, nous ont depuis longtemps enseigné le contraire et permis d'isoler, dans une foule d'organes, des lésions et des agents absolument spécifiques de telle ou telle infection. Et, du reste, s'il fallait attribuer aux hôtes de l'appendice la responsabilité des lésions, celles-ci devraient être d'autant plus intenses que l'on approche davantage de la lumière de l'organe; la muqueuse devrait donc se trouver intéressée la première, et les lésions périphériques beaucoup moins marquées; or, le contraire se produit : les lésions du début, ainsi que l'ont bien montré MM. Tripier et Paviot, sont surtout périphériques; les follicules avoisinant la séreuse d'enveloppe et le tissu celluleux qui la séparent de l'organe proprement dit, se trouvent

être les premiers le siège de l'inflammation, qui se répand ensuite jusqu'à la muqueuse.

Tous les résultats anatomo-pathologiques en font foi du reste ; on ne peut en juger si le processus inflammatoire s'est étendu, alors que toutes les couches sont malades, que les vaisseaux disloqués, thrombosés, ont provoqué des ulcérations, des nécroses de certains points de la muqueuse, et que l'organe, en toute son épaisseur, est le siège d'une perforation ; mais au début, toutes les lésions sont sous-séreuses dans la crise appendiculaire ; c'est là ce qui la rend douloureuse, ainsi que l'ont établi MM. Tripier et Paviot ; et cette constatation ne plaide guère en faveur de l'action des microbes de la lumière de l'organe.

Ici donc, comme dans la conception de Dieulafoy, l'exaltation de virulence des hôtes de l'appendice ne constitue qu'une hypothèse compliquant inutilement la pathogénie des accidents, et qui, loin d'être vérifiée, se trouve de plus contredite par l'anatomie pathologique et l'expérimentation.

L'insuffisance de l'explication précédente nous permet d'envisager, dès lors, avec plus de vraisemblance, celle dont MM. Tripier et Paviot se sont faits les promoteurs, et les conclusions précédentes facilitent déjà la démonstration de cette thèse : que la crise appendiculaire est l'œuvre d'agents infectieux étrangers à l'appendice, s'attaquant à celui-ci mis en état de moindre résistance sous l'influence d'une cause prédisposante.

L'expérimentation, tout d'abord, est venue lui apporter son appui. L'infection que Roger et Josué avaient trouvée impuissante à déterminer l'inflammation de l'appendice

normal, vient au contraire y concentrer son action si cet organe est traumatisé. Beaussenat a réalisé cette expérience ; tandis que le rétrécissement ou même la ligature simple de l'organe chez un animal témoin ne détermine chez celui-ci qu'une formation de pus aseptique dans la cavité appendiculaire, sans troubles notables de l'état général, cette même ligature suivie d'une infection sanguine par le colibacille, amène, chez un autre animal de même poids, la mort en cinq jours et les désordres bien connus de la crise appendiculaire. Beaussenat obtient le même résultat, sans toutefois fermer la cavité de l'appendice, en faisant suivre le simple froissement de l'organe d'une infection sanguine.

L'entérocolite, expérimentalement déterminée chez des lapins par le même auteur, amène une congestion bien marquée de l'appendice, une appendicite catarrhale, absolument latente du reste, qui appelle, elle aussi, secondairement, l'infection sanguine. Et cependant, les travaux de Beaussenat tendaient à confirmer l'hypothèse de Reclus, attribuant à l'entérocolite le principal rôle déterminant des accidents. Aussi ses expériences n'en ont-elles que plus de prix à l'appui d'une théorie tout à fait opposée.

D'autres auteurs ont également étudié dans les mêmes conditions le rôle de l'infection générale : Josué inocule le streptobacille de Charrin ; Dominici le bacille d'Eberth, dans les veines du lapin ; chaque fois, l'infection se porte sur l'appendice mis en état de moindre résistance.

Beaussenat n'avait pas réussi à déterminer ces lésions avec la toxine du coli, seul microbe qui ait servi à son

expérimentation. Mais Mosny, opérant avec des toxines diverses : de pneumocoque, de staphylocoque doré entre autres ; Courmont, Parisot et Doyon avec celle du bacille de Loeffler, reproduisent les mêmes désordres que ceux que nous observions dans les premières expériences de Beaussenat.

C'est même dans les toxines microbiennes qu'il faut chercher, semble-t-il, la source la plus commune des crises appendiculaires ; car, à part quelques rares exceptions, on ne signale aucun microbe dans les couches enflammées de l'organe : seul, le colibacille, hôte de la lumière de l'appendice, se retrouve parfois à sa place. Récemment, cependant, Coyne et Hobbs mentionnaient à la Société de biologie le cas d'une appendicite où l'on avait retrouvé du bacille pyocyanique ; mais les exemples de ce genre ont été jusqu'ici assez peu communs.

Quoi qu'il en soit, en résumé, des microbes ou de leurs toxines, l'expérimentation qui nous a démontré l'impuissance où se trouve l'infection d'exalter la virulence des germes de l'appendice normal, les recherhes de M^lle^ von Mayer prouvant même la diminution de cette virulence dans l'appendice enflammé, et les expériences nouvelles appelant l'infection sur l'organe devenu moins résistant, tout cela, uni aux résultats anatomo-pathologiques de MM. Tripier et Paviot, ne pouvait que confirmer la seule interprétation qui restât.

L'appendice, dans son inflammation, ferait-il exception, du reste, à la règle générale ; et l'infection ne saurait-elle le traîter comme tout autre organe de notre économie?

Inoculé aux animaux dont Kocher avait traumatisé certains points du squelette, le streptocoque déterminant en ces points seuls la réaction de l'ostéomyélite, a-t-il donc agi autrement que le coli de Beaussenat sur un appendice mis en état de moindre résistance? Et, comme lui, le bacille de Koch se localisant sur des reins irrités par la cantharidine, y déterminant ses lésions spécifiques dans les expériences de Laroche, a-t-il donc pu exalter en eux la virulence d'un microbe?

Ces exemples, que nous fournit l'expérience, nous les retrouvons, aussi évidents, en interrogeant la clinique. Une fatigue exagérée, un traumatisme d'une articulation, chez un sujet infecté par la tuberculose, appelle bien souvent cette infection à son niveau. Au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, d'une grippe, d'une fièvre typhoïde, nous voyons survenir ici une endocardite, là une épididymite, chez d'autres une otite, suivant que les organes correspondants se sont trouvés moins résistants, plus accessibles à l'infection. Toutes les complications des maladies générales obéissent à cette loi; et nous refuserions à ces mêmes agents, capables de déterminer par eux-mêmes, sans l'intermédiaire d'aucun hôte microbien, la suppuration et la nécrose d'organes bien moins délicats que l'appendice, nous refuserions la puissance de l'infecter? Nous le verrons, en effet, dans l'étude des causes prédisposantes, l'appendice, l'« amygdale intestinale » de Sahli, par sa structure, sa situation, et ses fontions peut-être, se trouve être un point d'appel de premier ordre pour les agents morbides, un lieu de moindre résistance où se peut facilement greffer l'infection.

La crise appendiculaire nous présente, du reste, tant par les manifestations qui la précèdent souvent que par elle-même et par ses suites, la preuve manifeste d'une infection générale présente. L'étiologie déjà nous renseignera à ce point de vue ; nous verrons cette maladie se dessiner au cours d'infections de toutes sortes, suivant de plus ou moins près l'éclosion de la cause première. Parfois, nous l'avons vu, cette cause sera cachée, échappera à nos investigations, et l'appendicite éclatera sans que rien, dans l'état général, puisse faire prévoir son apparition : cliniquement, dès lors, la maladie apparaîtra comme la première manifestation infectieuse ; mais dans bon nombre de cas il n'en est pas ainsi ; nous voyons la crise appendiculaire n'arriver que secondairement, à titre de complication, avec, plus ou moins accusé, le masque infectieux que nous observions tout à l'heure, après une salpingite, après une broncho-pneumonie, témoignant elles-mêmes de l'infection présente.

Souvent, lorsque l'intervention a été précoce, et qu'on a pu réussir à relever l'état général, l'infection s'arrête, même dans les cas graves ; mais souvent aussi, alors que l'opération s'est trouvée retardée, et que le malade a résisté à cette première manifestation infectieuse, il n'est pas rare de voir la fièvre reprendre et d'assister à l'éclosion d'autres désordres ; nous voyons l'infection s'attaquer à un autre organe, des abcès secondaires se former dans l'abdomen, dans le foie, dans les reins ; nous voyons parfois le péricarde s'enflammer, et parfois enfin le malade emporté au milieu des manifestations infectieuses les plus sévères et les plus variées,

De même, l'infection peut s'atténuer en passant à d'autres organes ; nous n'avons pas à retracer ici les complications des « appendicites » ; elles ont fait déjà l'objet d'une foule de publications et de thèses, et nous apportons du reste à leur liste quelques observations inédites. Mais la seule notion de leur existence nous suffisait déjà pour confirmer l'idée d'une infection générale primitive, dont elles ne sont elles-mêmes que les symptômes, tout comme la crise appendiculaire qui les a précédées ou qui leur a fait suite.

La théorie que nous venons de soutenir se trouve incontestablement fortifiée par l'ensemble de tous ces faits ; la clinique et l'expérimentation sont venues à son appui, la seconde précisant l'action déterminée par la première, et prouvant d'une manière irréfutable cette action directe de l'infection générale. Il nous reste désormais à rechercher les causes prédisposantes, puis les infections générales le plus communément observées dans les déterminations appendiculaires : cette étude fera l'objet des chapitres suivants.

## IV

### DES CAUSES PRÉDISPOSANTES DE LA CRISE APPENDICULAIBE

Parmi les divers tissus constituants de notre organisme, il en est un qui, mieux que d'autres assurément, appelle à son niveau les agents infectieux : c'est le tissu lymphoïde.

On sait, en effet, combien facilement s'irritent les amygdales sous l'influence de causes bien souvent insignifiantes; on sait encore comme les ganglions lymphatiques savent arrêter pour ainsi dire l'infection au passage; et, dans certaines lésions du tube digestif, on peut apprécier, comparativement au reste de la surface intestinale, la prédilection de l'infection pour les plaques de Peyer. Une foule d'autres exemples a, depuis longtemps déjà, renseigné à ce point de vue, et la notion de cette facile localisation infectieuse sur les organes lymphoïdes est maintenant banale.

C'est également une connaissance vulgaire que la structure lymphoïde de l'appendice; aussi n'entreronsnous pas ici dans des détails histologiques depuis longtemps déjà soigneusement étudiés. Or, comme tous les organes lymphoïdes, l'appendice, relativement volumi-

neux dans le jeune âge, s'il n'entre pas en régression dans la suite, subit en tout cas, au fur et à mesure que s'effectue l'évolution vers l'âge adulte, un accroissement beaucoup moins considérable que les organes de texture différente. Il n'est pas étonnant, dès lors, d'observer, avec les statistiques, la majeure partie des appendicites dans le jeune âge, alors que l'organe a atteint son complet développement, tout comme on a coutume d'y observer les adénites fréquentes, les amygdalites à répétition.

A côté de cette prédisposition communément fournie par l'âge, il en est une autre, d'un ordre plus particulier, et qui est due à l'hérédité. Il y a, en effet, des appendicites familiales, de même que dans d'autres familles on relève une prédisposition plus marquée aux angines. Nous n'avons pas à rechercher ici la cause de cette prédisposition ; nous citerons seulement, sans chercher à l'expliquer, ce fait communément observé déjà, et qui a fait l'objet des travaux de Rendu, de Faisans, et récemment encore des travaux de Thibaut, dans sa thèse.

Nous n'avons envisagé jusqu'ici que les prédispositions, à proprement parler ; mais d'autres causes interviennent d'une façon plus manifeste pour irriter l'organe, déterminer l' « appendicite », qui dès lors appellera la « crise appendiculaire ».

L'intestin, ainsi que le fait remarquer Chambard, constitue, après le poumon, le grand point de moindre résistance de notre économie. Les points les plus déclives de cet organe : le cœcum et l'S iliaque se trouvent être naturellement les sièges les plus actifs des

fermentations putrides; qu'y a-t-il d'étonnant dès lors à ce que les cellules lymphatiques du voisinage, celles de l'appendice en particulier, réagissent à ce contact, entrent en lutte avec ces produits toxiques afin de se les assimiler, et de les arrêter pour ainsi dire? Et lorsque ce travail se trouve exagéré du fait de la constipation, par exemple, du fait d'excès de table, du fait encore de certaines altérations de la muqueuse intestinale, cette résorption des produits toxiques, ce travail des cellules lymphatiques de l'appendice ne peut-il être poussé à un véritable surmenage? Le ganglion appendiculaire de Clado, tuméfié, ne peut-il, dans certains cas, intervenir, en gênant la circulation de retour, en congestionnant l'organe davantage encore, le préparant ainsi d'une façon imminente à la localisation d'une infection latente? Beaussenat, du reste, a confirmé par ses expériences notre façon de voir : il gave des lapins avec de la viande hachée en pleine putréfaction, et détermine chez eux des troubles digestifs extrêmement marqués. Remis de leur intoxication vers le vingt-cinquième jour, les lapins sont sacrifiés à des dates variables ; et chez tous, alors que le reste de la surface intestinale a repris son aspect normal, l'appendice seul reste volumineux et congestionné.

Mais, dans une foule de cas, la prédisposition à la crise appendiculaire est fournie par une appendicite antérieure. C'est ici seulement que l'explication de Reclus peut trouver sa place; il se peut, en effet, que les lésions descendantes de l'entérocolite se propagent jusqu'à la muqueuse appendiculaire, et déterminent encore au niveau de l'organe un point d'appel pour

l'infection sanguine. Il se peut encore que la tuberculose, si souvent incriminée par Leudet en pareil cas, il y a quarante ans déjà, que la fièvre typhoïde viennent également y amener leurs lésions par voie descendante. Il se peut enfin, mais beaucoup plus rarement, semble-t-il cette fois, que des corps étrangers se viennent localiser dans la lumière de l'organe. De tous ces processus pourra résulter une appendicite, lésion purement locale, plus ou moins profonde, et dont les symptômes diffèrent, ainsi que nous l'avons vu, des sévères manifestations de la crise appendiculaire. De ces lésions résulteront souvent les rétractions fibreuses, les épaississements de la muqueuse, qui oblitérant parfois la lumière de l'appendice, déterminent ainsi le vase clos cher à Dieulafoy, et qui dès lors attireront si facilement au niveau de l'organe les agents d'une infection quelconque, tout comme la ligature expérimentale de Beaussenat, de Roger et de Josué.

Telles sont les principales causes prédisposantes, celles qui semblent le plus fréquemment appeler les infections que nous allons maintenant étudier. Il en est toutefois une dernière qui fera l'objet d'un chapitre spécial; car si, dans un certain nombre de cas, elle n'agit qu'à titre de prédisposition, elle se trouve être en même temps dans d'autres, ainsi que nous le verrons, la cause efficiente véritable de l'infection appendiculaire.

## V

## DES CAUSES DÉTERMINANTES DE LA CRISE APPENDICULAIRE

Après avoir envisagé la pathogénie des accidents dans la crise appendiculaire, et établi les causes de moindre résistance de l'organe, il nous reste à étudier, enfin, les causes déterminantes principales de cette localisation, les maladies au cours desquelles nous la voyons le plus souvent s'installer.

Il est un organe placé au seuil des voies aériennes et digestives, qui se trouve être bien souvent la porte d'entrée d'une foule de maladies : c'est l'amygdale. C'est l'amygdalite qui préside fréquemment, en effet, à l'éclosion de la grippe, de la rougeole, de la diphtérie ; c'est elle encore qui semble introduire certaines complications : la néphrite, par exemple, au cours de la scarlatine, ainsi qu'il résulterait d'observations récentes. Or, en 1897 déjà, Apolant publiait en Allemagne plusieurs observations où il consignait cette coïncidence remarquable d'une amygdalite et d'une crise appendiculaire et, sans en tirer aucune conclusion, il se demandait s'il fallait voir dans ce rapprochement un pur effet du hasard ou un véritable rapport de cause à effet.

Parmi les observations qu'il fournit, une surtout affirme nettement le rapport de causalité hypothétiquement établi par l'auteur lui-même (obs. I). Mais les observations de ce genre sont naturellement assez rares, car, une fois le diagnostic d' « appendicite » posé, le médecin s'empresse d'opposer au mal sa thérapeutique la plus énergique, sans se soucier des symptômes concomitants dont la gravité se trouve être beaucoup moindre. Nous devons, cependant, à l'obligeance d'un de nos camarades, le Dr R..., deux observations analogues, concernant le frère et la sœur (obs. II et III).

L'angine semble donc, dans ces trois observations, avoir été l'indiscutable porte d'entrée de l'infection générale ; mais il est d'autres lésions locales, suppuratives, cette fois, qui, dans les observations suivantes, semblent encore avoir été nettement la source des accidents appendiculaires. L'une d'entre elles (obs. IV) est due à l'amabilité de M. le médecin-major Ruotte. L'observation V nous est personnelle, et le malade qui en est l'objet nous présente une succession extrêmement typique de manifestations infectieuses. Chez lui, la cause première des accidents n'avait pas été relevée dans l'observation ; c'est, du reste, un examen approfondi du malade qui nous a permis de la retrouver. L'observation de Jalaguier, que nous reproduisons ici, et qui est si démonstrative, présente une étiologie analogue.

Un enfant de huit ans, souffrant depuis trois semaines d'une éruption furonculeuse aux membres inférieurs, présente tout à coup les signes d'une appendicite grave. On l'opère. A l'examen du pus appendiculaire, on trouve des staphylocoques, des stretpocoques, et aucune forme bacillaire.

Ici, l'examen bactériologique a confirmé l'étiologie.

A côté de ces lésions locales, il nous faut maintenant envisager les maladies générales dont l'action se manifeste ici beaucoup plus fréquemment encore.

En première ligne, se présente la **grippe**. Déjà, les auteurs lui ont attribué un rôle plus ou moins important dans la détermination des accidents appendiculaires. Carron de la Carrière, Jalaguier, en 1896, relataient des cas d'appendicite grippale. Merklen, en 1897, fait à la Société médicale des hôpitaux de Paris une communication de même ordre ; il y rapporte trois observations de crises appendiculaires éclatant au cours de manifestations grippales, et il unit l'un à l'autre ces deux groupes de phénomènes, tout en admettant la conception pathogénique de Jalaguier : l'exaltation de virulence, par la grippe, des hôtes de l'appendice (obs. VI, VII et VIII). Depuis, les observations de même ordre se sont renouvelées, et l'influenza se trouve placée par Florand à la tête des maladies infectieuses déterminant les crises appendiculaires. Quelques semaines après lui, Faisans, à la Société médicale des hôpitaux, se montrait plus affirmatif encore et déclarait que « la grippe est la principale cause, la cause presque unique de l'appendicite ». Deux faits, ajoute-t-il, sont indiscutables ; avant l'apparition de la grippe, en 1889-90, tant en Europe qu'en Amérique, l'appendicite se trouvait être infiniment moins fréquente. D'autre part, chaque épidémie de grippe se trouve bien souvent accompagnée d'une recrudescence du nombre des appendicites. Pour ce qui est de la plus grande fréquence, notre aimable parent, le Dr Comte,

médecin-major de 1re classe, feuilletant le registre des opérations et celui des décès survenus à l'hôpital militaire du camp de Châlons, a bien voulu nous transmettre le résultat des recherches qu'il a faites également à ce sujet.

Du 2 juillet 1873, date de l'ouverture des registres, jusqu'au 19 juillet 1894, il ne relève aucune opération sur l'appendice ; dans une seule autopsie (le malade était mort de péritonite aiguë généralisée), le bout supérieur de l'appendice seul a pu être retrouvé, sur une étendue de 2 centimètres à peine ; tout le reste se trouvait noyé dans une bouillie putrilagineuse. Au contraire, depuis le mois de juillet 1894 jusqu'en février 1900, il relève 22 cas d'appendicites, opérés ou non, sans rien présumer naturellement de leur étiologie, mais confirmant par cette statistique l'affirmation de Faisans relatant déjà cette rareté de la maladie il y a vingt ans.

La dernière conclusion de Faisans relatant d'autre part cette plus grande fréquence des appendicites au cours des épidémies de grippe, se trouve encore confirmée par les observations de Golubow en Allemagne, de plusieurs médecins de Moscou, et surtout par les observations si convaincantes du docteur Gagnière. Ce praticien, avant l'apparition d'une épidémie de grippe survenue de janvier à mai 1899 à Choisy-le-Roi, déclare n'avoir jamais observé un seul cas d'appendicite, pas plus d'ailleurs que depuis sa disparition : et, chose remarquable, durant les quatre mois pendant lesquels sévit l'épidémie, sur 900 cas de grippe, un tiers environ, dit-il, s'accompagnèrent de troubles appendiculaires ;

chez un certain nombre de malades, il y eut même coexistence nettement constatée de grippe et d'appendicite. Nous reproduisons du reste quelques-unes des observations les plus concluantes de Gagnière (obs. IX, X, XI, XII, XIII).

Mais parfois, les manifestations appendiculaires résultant de la grippe comme des autres infections du reste, ne suivent pas d'aussi près les premiers symptômes de cette maladie; rien n'est plus logique pour Faisans que de rattacher en tout cas l'appendicite actuelle à la grippe passée : sans nous rallier cependant aux explications qu'il fournit à cette affirmation, puisque lui aussi parle d'exaltation de virulence des hôtes de l'appendice, nous pouvons comparer la crise appendiculaire, en ce sens, à beaucoup d'autres complications des maladies infectieuses, à la coxalgie par exemple, fixant la tuberculose au niveau d'une hanche moins résistante, à toutes sortes d'autres manifestations infectieuses se produisant grâce à des causes analogues, alors que l'infection causale semble guérie depuis longtemps. Notre observation XV nous présente le tableau d'une crise appendiculaire se produisant longtemps après les premiers accidents de la grippe.

Mais tout en reconnaissant, avec Faisans, la part si nette et si fréquente qu'il faut faire à la grippe, nous croyons cependant qu'elle est loin d'être seule à causer tous ces désordres. Une autre maladie infectieuse, très commune elle aussi, semble avoir également une prédisposition des plus marquées aux localisations appendiculaires : c'est le **rhumatisme articulaire aigu**.

L'étiologie de la crise appendiculaire se trouve parfois dans ces cas moins facile à découvrir, car les malades ne considèrent pas toujours les douleurs articulaires comme témoignant de ce qu'ils appellent une « maladie ». Dans un certain nombre de cas, non seulement d'appendicite, mais encore d'autres maladies où nous recherchions les anamnestiques, nous avons pu du moins faire cette constatation ; et à ce sujet nous revient l'exemple de la malade qui fait l'objet de l'observation XVII, laquelle nous déclarait n'avoir jamais été malade que d'une rougeole, six ans auparavant, et finissait par avouer des crises mutiples de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, dont une localisée à la cheville droite, au moment même où éclatait sa colique appendiculaire. Dans beaucoup d'autres observations, cependant, on arrive à retrouver cette étiologie ; nous avons pu la relever dans trois ou quatre cas.

Très récemment encore, Poynton, à la Société médicale de Londres, rapportait quelques cas prouvant que l'appendicite pouvait être d'origine rhumatismale.

Sutherland, même, a signalé des cas de « périty-phlite » se manifestant au cours du rhumatisme articulaire aigu, et cédant sous l'influence du salicylate de soude en même temps que les symptômes articulaires. Ce fait ne prouverait-il pas la détermination rhumatismale au niveau de l'appendice ?

Au cours, mais surtout à la suite de la **fièvre typhoïde**, il n'est pas rare de voir éclater la crise appendiculaire. Nous ne parlerons pas ici de cette compli-

cation pendant la durée de l'infection causale, car les symptômes se confondent et la crise appendiculaire se trouve ainsi souvent méconnue ; mais nous pouvons plus facilement l'observer, déjà au cours de la convalescence ( obs. XIX ) ; nous la voyons même se produire à beaucoup plus longue échéance, ainsi qu'en témoigne l'observation XVIII, où nous la voyons survenir un an après les manifestations typhiques. Et ce fait n'a rien qui doive nous surprendre ; nous savons en effet que le séro-diagnostic se trouve encore positif, dans certains cas, de longs mois après les manifestations de la maladie.

Si la crise appendiculaire se produit fréquemment à la suite de la grippe ou du rhumatisme articulaire aigu, elle est, semble-t-il, beaucoup plus rare au cours ou à la suite des **fièvres éruptives**. Nous n'avons pu en consigner personnellement aucune observation bien démonstrative ; dans un cas, cependant, nous avons relevé une rougeole trois mois avant l'apparition des désordres appendiculaires ; mais ce laps de temps se trouve déjà trop considérable pour que nous puissions affirmer un rapport de cause à effet unissant les deux phénomènes. Toutefois, les observations ne manquent pas à ce sujet. Nous avons vu Becquerel considérer déjà les fièvres éruptives comme prédispoant aux *solutions de continuité de l'appendice ;* c'est donc qu'il avait observé cette coïncidence des deux faits, à une époque où l'appendicite n'avait pas encore été étudiée. Leudet, en 1859, cite une observation de péritonite généralisée, consécutive à la perforation de l'appendice iléo-cœcal, survenue au déclin d'une variole (obs. XXI).

Depuis que l'étiologie de l'appendicite a été plus soigneusement étudiée encore, nombre d'auteurs ont incriminé les fièvres éruptives, Jalaguier surtout. Sans détailler ses observations, il cite le fait d'une appendicite opérée par lui, et qui s'était manifestée au sixième jour d'une rougeole. Il parle d'une autre survenant au déclin des oreillons, d'une autre encore déterminée par la varicelle. La scarlatine, en tout cas, semble bien ne pas avoir été observée jusqu'ici dans les antécédents immédiats des appendiculaires.

Il est une infection générale malheureusement très commune, et qui, à son tour, affecte parfois cette localisation, c'est la **tuberculose**. « De toutes les causes d'ulcération de l'appendice, disait Leudet, la plus fréquente est sans aucun doute la phtisie pulmonaire » ; Habershon, Albers arrivaient également aux mêmes conclusions, et déclaraient qu'il est très fréquent d'observer dans la phtisie ces mêmes ulcérations ; et parmi les observations citées par Leudet, trois relatent en effet cette coïncidence.

Depuis, dans ces dernières années principalement, cette localisation de la tuberculose a été souvent observée ; elle a fait, en Allemagne surtout, l'objet de publications diverses, de la part de Born et de Sonnenburg entre autres.

Mais il y a lieu de distinguer ici, entre l'appendicite tuberculeuse proprement dite, et la crise appendiculaire due à la phtisie ; car, tandis que l'une est fréquente, l'autre, au contraire, se trouve être très rare. La tuberculose de l'appendice est en effet assez commune ; il est constant, au cours des entérites bacillaires, de voir

les ulcérations s'accumuler en grand nombre dans l'angle iléo-cœcal; très souvent ces ulcérations franchissent la valvule de Gerlach pour s'installer également sur la muqueuse de l'appendice; la perforation peut, dès lors, se produire là comme dans le reste de l'intestin, et déterminer secondairement la péritonite observée par Leudet, aboutissant naturel mais non fatal de toutes les maladies de l'appendice. Si, au lieu d'aboutir à ce résultat, la lésion s'arrête, elle peut constituer, par les rétractions fibreuses dont elle devient la source, non plus le vase clos, source des accidents, invoqué à tort par M. Apert, mais bien l'épine irritative qui attirera plus tard à la périphérie de l'organe une autre localisation infectieuse.

La crise appendiculaire primitive, d'origine tuberculeuse, semble, au contraire, être très rare; elle a pu cependant être observée déjà et nous en donnons un exemple (obs. XXII). Mais les faits de ce genre sont très peu fréquents; il est vrai que les examens microscopiques ne sont pas toujours faits; et comme rien, macroscopiquement, ne peut faire soupçonner cette origine tuberculeuse, peut-être les observations n'en ont-elles pas été faites pour cette raison.

La **syphilis**, elle aussi, ne se traduit également par aucune lésion macroscopique sur un appendice malade; et jusqu'ici, du reste, on n'a établi que fort peu de rapports entre cette cause et la crise appendiculaire. Aussi, de même que pour la tuberculose, les recherches microscopiques n'ont-elles pas été poussées dans ce sens. Horwitz, cependant, mentionne à ce sujet quatre observations fort intéressantes, dont nous devons la tra-

duction à l'obligeance de notre camarade le Dr Besson. Les quatre cas dont il s'agit semblent nettement incriminer la syphilis à sa période secondaire et la rendre responsable des crises appendiculaires qu'elle a précédées (obs. XXIII, XXIV, XXV et XXVI); car le fait le plus intéressant, celui qui semble le plus nettement confirmer l'authenticité du rapport que nous soupçonnions, c'est l'apaisement des symptômes par le traitement mercuriel, institué pour combattre chez ces malades les accidents syphilitiques; c'est d'autre part, et surtout, cette constatation que les crises appendiculaires chez tous les sujets ne se sont plus reproduites depuis la cessation des accidents secondaires, alors que tous accusaient auparavant des crises appendiculaires fréquemment répétées. Notre observation XXVII, due à l'obligeance de M. le médecin-major Ruotte, nous présente encore le tableau d'une crise appendiculaire survenant chez un syphilitique, vraisemblablement comme première manifestation secondaire; et, chez lui, la cessation des symptômes douloureux a coïncidé avec l'apparition des plaques muqueuses. Chez ce même sujet, une première crise s'était manifestée déjà deux mois auparavant, consécutivement à un abcès dentaire, cette fois.

Il est enfin une infection bien connue depuis les travaux de MM. Poncet et Bérard, et qui affecte parfois des localisations appendiculaires : c'est l'**actinomycose**. Lanz, qui le premier s'est occupé de la question, décrivait déjà la « périty phlite actinomycosique », et Hinglais, en 1897, à la suite de MM. Poncet et Bérard, a bien étudié dans sa thèse l'actinomycose appendiculocæcale.

Si nous faisons abstraction des cas où cette infection s'est en même temps localisée au cæcum et à l'appendice, donnant lieu à des symptômes de dysenterie en même temps que de crise appendiculaire, nous pouvons néanmoins relever plusieurs observations où l'actinomycose a primitivement envahi l'appendice iléo-cæcal seul ; les phénomènes sont alors moins complexes. La maladie débute par une tuméfaction douloureuse de la fosse iliaque droite, par des coliques violentes, des vomissements, le ballonnement du ventre ; et chaque poussée peut durer de quelques jours à plusieurs mois. C'est à cette période de début seulement que tous ces phénomènes sont nets, car une fois la période de tumeur arrivée, la complexité des symptômes primitivement observés déjà dans certains cas obscurcit le diagnostic.

Parmi les observations les plus typiques d'actinomycose appendiculaire, nous citerons celle de Braun (obs. XXVIII), et celle de Doyen (obs. XXIX, toutes deux rapportées dans l'ouvrage de MM. Poncet et Bérard.

Nous n'étudierons pas ici les déterminations appendiculaires d'origine cancéreuse ; ce serait sortir de notre sujet ; toutefois un néoplasme ulcéré de l'intestin, du rectum par exemple, peut déjà préparer l'appendice à une résistance moindre, soit par la constipation, soit même grâce à l'occlusion intestinale qui favorise une résorption considérable de produits toxiques ; il peut constituer ensuite la porte d'entrée facile d'infections variées qui, tout comme les précédentes, détermineront les désordres de la crise appendiculaire. L'obser-

vation XXX, due à l'obligeance de M. le Dr Patel interne des hôpitaux, en est une preuve des plus évidentes.

Telles sont, brièvement envisagées, les principales causes actuellement connues de la crise appendiculaire ; la grippe on le voit, occupe entre autres une place de premier ordre : c'est elle, en effet, qui semble se retrouver le plus fréquemment dans l'étiologie. Mais elle est bien loin d'être seule à provoquer ces crises : une infection locale peut, à un moment quelconque de son évolution, devenir le point de départ de complications appendiculaires; toutes les infections générales peuvent également affecter cette localisation et déterminer alors les désordres graves que nous avons observés.

# VI

## DE L'INFLUENCE DE LA GROSSESSE DANS LES DÉTERMINATIONS APPENDICULAIRES

L'histoire de « l'appendicite » survenant au cours de la grossesse est relativement récente ; c'est en 1889 seulement qu'en furent publiées les premières observations, pour la plupart en Amérique, par Wiggin, Stimson, Hirst, Mixter ; puis par Mundé, Mac Arthur, Harrison, Bayley, William Bull.

A la suite de ces premiers travaux, Legendre, Tuffier, Maygrier et Budin, en France, attirent l'attention des cliniciens sur cette redoutable complication de la puerpéralité ; Bouiller, en 1897, réunit 22 observations relatives à ce sujet, et Jarca ajoute 5 cas nouveaux à cette liste déjà longue. Pinard, au mois de mars 1898, dans une importante communication à l'Académie de médecine, rapporte 45 faits d'appendicite survenant au cours de la grossesse ou à la suite de couches ; enfin Bapteste, dans sa thèse de Lyon, ajoutant 4 observations inédites, réunit 61 cas.

Tels sont les principaux travaux publiés à ce sujet ; et si l'on envisage le grand nombre des grossesses, et le nombre relativement très restreint des appendicites

venant les compliquer, faisant même abstraction des cas de péritonite mal obervés au point de vue de leur étiologie, grâce à la rapidité de leur évolution, de ces « septicémies suraiguës » survenant brusquement au cours de certaines grossesses, et dont la nature a échappé à l'insuffisance d'investigation des observateurs, on peut dire, avec Jarca, que cette complication est en somme assez rare. Si, d'autre part, nous comparions la fréquence des accidents appendiculaires survenant au cours de la grossesse avec la fréquence de ces mêmes accidents au cours des maladies générales, nous pourrions, sans rien présumer de l'étiologie, nous ranger à l'opinion de Bapteste, et dire avec lui que « l'appendicite guette la femme enceinte tant au début de sa grossesse que dans le cours de la gestation ou à la suite de couches ».

Elle s'installe à des époques très variables de la grossesse ; nous la voyons survenir à toute période : tantôt deux ou trois mois à peine après la conception ; ici quelques semaines avant l'accouchement, là entre ces deux époques, tantôt enfin après la délivrance. Elle n'apparaît que très rarement, toutefois, avant le second mois : les recherches faites à ce sujet ne nous ont même pas permis de l'observer. Du troisième au quatrième, elle survient déjà plus souvent, mais c'est incontestablement du cinquième au neuvième mois qu'elle se manifeste avec le plus de fréquence. Sur les 29 observations publiées par Jarca, nous la voyons 20 fois à partir de la moitié du quatrième mois, 9 fois seulement avant cette époque

Voyons, dès lors, par quels liens l'appendicite se

trouve unie à la grossesse dont elle vient tourmenter le cours.

Certains auteurs ne voient qu'une simple coïncidence, qu'un rapport fortuit entre les deux phénomènes, sans les unir l'un à l'autre par aucune relation de cause à effet. C'est ainsi que M. Vinay ne considère pas la grossesse comme prédisposant aux accidents appendiculaires. « Aucune condition pathogénique de l'appen-« dicite ne se trouve réalisée par la grossesse », dit-il, « elle ne détermine pas de virulence plus marquée du « colibacille lui permettant d'infiltrer les parois de l'or-« gane; elle ne détermine pas davantage de torsion de « l'appendice, d'entérite du gros intestin; elle ne prédis-« pose pas à la réception de corps étrangers, et, du reste, « la maladie ne présente rien de spécial dans son évolu-« tion. »

Bouiller, lui, se montre plus affirmatif encore : « La « grossesse n'a pas d'action étiologique dans les « inflammations appendiculaires, la femme grosse n'est « pas plus sujette à ces inflammations. »

Mais ces auteurs reconnaissent aux accidents appendiculaires des causes que nous n'avons pas admises ; nous n'envisageons pas, du reste, l'appendicite proprement dite, qui pourra, dans certains cas, être réveillée par la congestion gravidique ; aussi, contesterons-nous leur affirmation ayant en vue la seule crise appendiculaire. Quoi qu'il en soit de cette distinction, consultons les observations, et même celles de Bouiller lui-même, et nous nous étonnerons qu'il ait pu tirer une semblable conclusion, alors que ses propres faits semblent parfois venir à l'encontre. Dans l'une des obser-

vations de Bapteste, entre autres, nous voyons « l'appendicite » éclater trois fois, à l'occasion de trois grossesses, chez une femme qui jamais, auparavant, n'avait présenté de troubles appendiculaires. Et fréquemment nous retrouvons des exemples analogues ; comment, dès lors, songer à incriminer le hasard ?

D'autres auteurs, au contraire, frappés de cette coïncidence des deux phénomènes, ont recherché sa raison d'être et tenté diverses explications. Pinard considère bien l'appendicite comme une complication de la puerpéralité ; mais il se place seulement au point de vue clinique, voit le fait sans chercher à l'interpréter personnellement, et se rallie à l'opinion des auteurs qui incriminent la constipation.

Le professeur Dieulafoy invoque ensuite la lithiase et cherche ici encore à adapter la théorie de la cavité close. Jarca emprunte et développe son explication ; pour lui, toutes les causes prédisposantes généralement invoquées : la constipation, l'entérite muco-membraneuse, la lithiase intestinale, l'alimentation trop épicée, préparent un terrain de moindre résistance au niveau de l'appendice. C'est alors que survient la grossesse, et avec elle une congestion intense de tous les organes pelviens ; l'appendicite éclate, grâce à l'exaltation de virulence des germes contenus dans l'appendice.

Avec Dieulafoy et Jarca, Bapteste reconnaît les mêmes effets produits par les mêmes causes : la congestion gravidique exalte la virulence des hôtes de l'organe. Nous ne reproduirons pas ici la discussion qui nous a permis de conclure à l'insuffisance des causes invoquées par ces auteurs ; seul, reste le fait de la

congestion gravidique ; il apparaît ici avec toute son importance, plaçant d'une manière incontestable l'appendice en état de moindre résistance ; mais l'infection de l'organe, ici comme ailleurs, reconnaît une cause absolument particulière, déterminée par des agents spéciaux ; ce sont les microbes ou leurs toxines, ainsi que nous l'avons vu précédemment. Dans certains cas cependant, Bapteste invoque les annexites. « Du troisième au sixième mois, dit-il, la trompe droite confine à l'appendice, et l'infection pourrait se propager à lui par l'intermédiaire des lymphatiques et du ligament appendiculo-ovarique. » Mais, si tel était le mode de propagation d'une infection salpingienne, comment donc la péritonite ne s'accuserait-elle pas, dans ces cas, avant l'appendicite ? Comment expliquer qu'une laparotomie précoce découvre un appendice turgescent, volumineux, enflammé, alors que le péritoine sous-jacent, recouvrant la trompe ou l'ovaire incriminé, et forcément contaminé dans cette hypothèse par les agents de l'infection, se trouve absolument indemne, lui dont la susceptibilité est cependant si grande ? Cette hypothèse de la propagation infectieuse par les lymphatiques est, on le voit, peu vraisemblable ; son exclusion nous permet dès lors d'envisager ici encore la voie sanguine comme vecteur des agents infectieux.

Il nous reste dès lors à remonter le courant sanguin jusqu'à la source infectieuse. Dans un certain nombre de cas, la grossesse s'adjoindra simplement au groupe que nous avons étudié des causes prédisposantes. La congestion gravidique appellera au niveau de l'appen-

dice les agents d'une infection intercurrente : le streptocoque de la fièvre puerpérale, les agents de l'annexite de Bapteste, ceux de la grippe, du rhumatisme articulaire ou même d'une affection beaucoup moins évidente. Ce mode d'étiologie ne présente rien de particulier ; la pathogénie des accidents n'a rien de spécial, et la grossesse a joué le même rôle que la constipation, par exemple, sans imprimer aucun caractère particulier à la détermination appendiculaire ; aussi ne nous étendrons-nous pas davantage sur ce point général.

Mais dans d'autres cas, et c'est là ce qui dessine la particularité de ce chapitre, il semble bien qu'un rapport plus étroit encore unisse l'une à l'autre la grossesse et la crise appendiculaire au point de vue étiologique, et fasse de celle-ci une cause à la fois prédisposante et déterminante des accidents. Le fœtus, le placenta, les membranes, la caduque, semblent à l'heure actuelle, d'après des conceptions nouvelles hypothétiquement formulées devant nous par M. le professeur agrégé Aug. Pollosson, pouvoir être le point de départ d'infections variées dans leur essence, et susceptibles de compromettre non seulement la viabilité du fœtus, mais encore l'existence de la mère elle-même. Vers le milieu de la grossesse, alors que l'embryon est devenu fœtus, et que les échanges nutritifs sont franchement établis entre lui et la mère de par la circulation placentaire, il n'est pas rare d'assister à l'éclosion de troubles graves chez la mère, affectant les allures infectieuses les plus sévères, et tendant très vite à l'épuisement et à la mort. Ces infections, car il semble

bien que des agents microbiens produisent tous ces désordres, ces infections donc, parties de l'œuf, tantôt s'attaquent à l'organisme maternel tout entier, réalisant ainsi les états graves connus sous le nom d'anémie pernicieuse, d'accès éclamptiques ; tantôt au contraire se localisent en un organe particulier, déterminant alors des myélites, des polinévrites, certaines infections putrides dont la nature, comme celles des généralisations précédentes, est restée voilée jusqu'à ce jour. La source seule en est connue, car il est actuellement hors de doute que l'œuf leur ait donné naissance : survient en effet l'avortement, soit spontané, soit provoqué ; s'il n'est pas trop tard encore, il est fréquent de voir tous les désordres généraux entrer en régression, et la tendance à la guérison succéder aujourd'hui à la progression d'hier, pourtant si rapide, vers la terminaison fatale.

L'explication de ces faits, du reste, n'est pas seulement une hypothèse ; certains auteurs, se plaçant au point de vue expérimental, ont prouvé le passage dans le sang de la mère, des produits excrémentitiels du fœtus. Frappé de ce fait que, chez une femme enceinte, des phénomènes urémiques graves avaient brusquement disparu au moment où disparaissaient les signes de la vie du fœtus, M. le professeur agrégé Lannois avait songé à une intoxication de la mère par son produit de conception. Afin de confirmer sa façon de voir, il pratiqua une laparotomie chez une lapine pleine, et injecta dans la cavité péritonéale des fœtus certaines substances chimiques telles que de l'iodure, du bleu de méthylène, du salicylate de soude. Une heure après il

retrouvait dans les urines de la mère les substances injectées, ce qui prouvait d'une manière irréfutable le passage de ces substances par le sang maternel. Mais, ce qui est expérimentalement démontré pour les matières colorantes, est prouvé également par la clinique pour les infections : la syphilisation de la mère par son produit de conception en est déjà une preuve ; les constatations de Lewidovitch, qui retrouve un microbe particulier dans le sang de 44 éclamptiques, constituent un forte présomption ; rien d'étonnant, dès lors, à ce que certaines toxines microbiennes parties du fœtus malade ou de ses enveloppes, passent comme les matières minérales injectées par M. Lannois à travers la circulation maternelle, et viennent se localiser en un point de moindre résistance. Et puisque l'appendice iléo-cæcal, comme les autres organes de voisinage, se trouve être le siège de la congestion gravidique ; puisque sa structure particulière, ses fonctions même probablement font de cette amygdale intestinale un point d'appel et de localisation remarquable des agents infectieux, ne peut-on voir dans certaines crises appendiculaires, au cours de certaines grossesses, qu'une localisation de ceux qui sont partis de l'œuf malade ?

Il est à remarquer du reste que l'avortement se produit bien souvent au cours de ces lésions, tout comme au cours des accès éclamptiques ou de ces infections putrides dont nous parlions tout à l'heure ; et ce fait vient encore montrer, s'il coïncide avec l'apparition des phénomènes appendiculaires, ou s'il les précède ainsi qu'on l'a observé, qu'il s'agit bien d'une infection partie de l'œuf ; s'il succède au contraire à ces acci-

dents, il semble témoigner, en tous cas, d'une infection générale étrangère au produit de conception, et arrivant à lui pour arrêter son développement.

En résumé, ce n'est pas un rapprochement fortuit qui unit entre elles la grossesse et la crise appendiculaire ; si, dans certains cas, la congestion gravidique appelle au niveau de l'organe une infection intercurrente, il semble dans certains autres, souvent particulièrement foudroyants, que les agents infectieux soient partis de l'œuf malade pour donner naissance à la crise appendiculaire, tout comme ils peuvent, suivant la plus ou moins grande résistance des organes ou des organismes, engendrer l'éclampsie, les infections putrides ou l'anémie pernicieuse.

# OBSERVATIONS

## I. Amygdalites et crises appendiculaires.

### OBSERVATION I

(Apolant, *Therapeutische Monatschrift*, 1897.)

Un enfant de cinq ans revient malade de voyage ; sa température atteint 40 degrés. Il est abattu et se plaint de douleurs de gorge. L'examen fait conclure à une angine folliculaire.

Bien que celle-ci entre en régression dans les jours suivants, l'enfant reste fiévreux et mal à l'aise ; il concentre alors toutes ses douleurs dans la région appendiculaire. Celle-ci est douloureuse à la pression et présente de l'empâtement. Une application locale de glace, l'opium et la belladone font baisser la température. L'état local et l'état général finissent par redevenir bons.

### OBSERVATIONS II et III

(Dues à l'obligeance de notre camarade le Dr R...)

M. B. ., domiciliée à R..., se plaint en novembre 1897 d'un violent mal de gorge ; les amygdales sont tuméfiées et rouges ; toute la gorge est le siège d'une vive irritation. La température s'élève un peu. Le lendemain, la malade éprouve de violentes coliques, se plaint de douleurs très vives brusquement survenues dans la fosse iliaque droite.

Point de Mac Burney très douloureux. T. = 39°2. On hésite à opérer ; en attendant, on applique le traitement classique : immobilisation, applications de glace ; opium à l'intérieur. Les symptômes douloureux ne tardent pas à céder.

P. B..., vingt et un ans, frère de la malade, faisant son service militaire à C..., se présente à la visite en avril 1898, présentant une angine aiguë. Fièvre assez élevée.

Le lendemain, point de Mac Burney très douloureux ; le malade se plaint de crises douloureuses survenues très brusquement T. = 40 degrés.

Les symptômes appendiculaires s'aggravant en dépit du traitement médical, on procède dès le lendemain au traitement chirurgical ; on tombe sur un appendice nécrosé, et sur une collection purulente intra-péritonéale. Le foyer est drainé largement.

Une fois les symptômes généraux apaisés, on décide d'intervenir à froid, et l'on procède secondairement à la résection de l'appendice.

## II. Lésions suppuratives suivies de crises appendiculaires.

OBSERVATION IV (résumée).

(Due à l'obligeance de M. le médecin-major Ruotte )

J.-B. G. ., soldat au 4e régiment de zouaves.

Après des marches d'épreuve, en septembre 1898, le malade prend des ampoules aux deux pieds ; l'une d'elles s'ouvre et s'infecte, déterminant un phlegmon du pied droit, pour lequel le malade entre à l'hôpital. Le pus est évacué ; quatre jours après, le malade ressent brusquement dans l'abdomen une douleur vive et continue, peu localisée. Il est pris en même temps de vomissements et de constipation.

La douleur se localise au point de Mac Burney.

Le malade reste deux mois et demi à l'hôpital sans qu'on soit intervenu.

Depuis, il éprouva plusieurs poussées nouvelles ; la quatrième survint au cours d'une bronchite. On se décide alors à pratiquer

la résection de l'appendice, et cette opération est pratiquée le 31 janvier 1900 par M. le médecin-major Ruotte. L'appendice était adhérent à l'épiploon. Suites opératoires excellentes. Le malade sort guéri.

OBSERVATION V (Personnelle).

Recueillie dans le service de M. le professeur Bondet.

J. C..., ouvrier. Salle Saint-Augustin, lit n° 21.

*16 octobre* — Le malade, qui toujours avait joui d'une santé parfaite, se coupa avec une ficelle au niveau de l'articulation terminale de l'index droit. La plaie fut assez profonde et assez sérieuse pour que le malade vînt se faire panser plusieurs fois à l'Hôtel-Dieu.

*18 décembre.* — Au moment où nous l'examinons, nous constatons encore de l'empâtement de cette région, et une cicatrice rouge, allongée, récente, suivant le pli articulaire. L'ongle, épaissi en son milieu n'a pas repoussé dans la longueur.

C'est la vue de ces altérations qui a fait répondre le malade aux questions que nous lui posions à ce sujet; cet accident n'avait pas été accusé par lui au moment où fut rédigée l'observation; ou du moins n'avait pas été mentionné dans celle-ci.

Voici cette observation :

*25 octobre* (neuf jours donc après son accident). — Le malade est pris brusquement de douleurs intenses dans tout le ventre; transporté chez lui, il y reçoit les premiers soins. Il est constipé depuis deux jours. Il éprouve des coliques très vives s'irradiant dans tout l'abdomen.

Point douloureux de Mac Burney. Ventre dur, ballonné ; vomissements muqueux. Ceci est constaté dans le service de M. le professeur Pollosson où le malade est amené.

L'appendice est réséqué le 30 octobre, cinq jours après le début des accidents. On trouve un gros abcès à son niveau.

Le malade continue à se plaindre de douleurs abdominales. La constipation persiste encore, puis finit par céder.

*20 novembre.* — La température monte à 38 degrés et subit de grandes oscillations.

8 décembre. — Signes de péricardite.

14 décembre. — Le malade arrive salle Saint-Augustin. Il est pâle, cachectisé ; son facies, son teint, son amaigrissement, font penser à l'infection purulente.

On constate aux deux poumons, en leur partie moyenne, deux foyers de souffle très intense, avec retentissement de la voix et pectoriloquie aphone.

Expectoration muco-purulente abondante ; pas de bacilles de Koch.

16 décembre. — Le malade présente aujourd'hui une tuméfaction douloureuse du coude gauche. Plusieurs articulations sont prises consécutivement ; le malade reste encore longtemps à l'hôpital dans un état profond d'affaiblissement et d'anémie.

## III. **Grippe et crises appendiculaires.**

OBSERVATIONS VI, VII, VIII (résumées).

(Merklen, *Soc. Méd. des Hôp., de Paris*).

*a)* Jeune homme de dix-neuf ans, ayant souffert deux ans auparavant d'une appendicite. Le 20 janvier 1897, amygdalite grippale ; malgré son indisposition, il monte à cheval pendant deux heures ; le lendemain éclate une crise appendiculaire.

*b)* Lycéen de treize ans.

3 janvier. — Coryza avec état grippal.

5 janvier. — Mêmes symptômes ; la toux survient ; l'enfant est gardé à la chambre.

10 janvier. — La mère de l'enfant, le trouvant plus fatigué,

le couche. Après son dîner, simple et frugal, coliques très violentes, vomissements à partir de 6 heures du soir. La crise cesse à 3 heures du matin. La douleur se localise au point de Mac Burney.

Pas d'antécédents préalables du tube digestif.

*c)* Enfant de trois ans.

25 janvier. — Grippe à la fois amygdalienne et intestinale. Constipation et diarrhée alternantes ; selles glaireuses. Région iléo-cæcale rénitente, douloureuse. Fièvre : 39 degrés.

Vers le quinzième jour, les garde-robes deviennent purulentes, fétides ; l'abcès appendiculaire s'est ouvert dans le rectum. La fièvre tombe alors ; l'enfant se rétablit six semaines après.

## OBSERVATION IX

(Gagnière, *Gazette des Hôpitaux*, 1900).

Mlle Ch. R..., âgée de neuf ans, se plaint, le 22 juillet 1899, d'une violente céphalée avec rachialgie, accompagnée de constipation. Les parents effrayés pensent à une méningite et me font appeler.

Je trouve l'enfant prostrée, ayant de la fièvre (39°3) : les yeux larmoyent ; il y a du catarrhe nasal. L'enfant tousse peu ; à l'auscultation, râles disséminés dans les deux poumons. Pas de vomissements. Le diagnostic de grippe me paraît s'imposer. Le ventre est très peu douloureux à la pression. On sent des masses de matières. Lavement ; purgatif.

23 janvier. — ⊖ matin : 38°5. Ventre douloureux, et nettement au point de Mac Burney. Céphalée moins intense ; la courbature persiste. Pendant la nuit s'est produit un vomissement verdâtre.

Le soir, ⊖ : 39°3 ; la malade a bu du lait et l'a vomi. Douleur appendiculaire plus forte. Il y a de la défense musculaire ; le ventre est difficile à palper. L'état de la poitrine est resté à peu près le même ; quelques râles en plus. J'ordonne le traitement

classique ; immobilisation complète, glace sur le ventre, opium, quinine en suppositoire.

24 janvier. — Θ matin : 38°2. Soir : 38°6.

Ventre toujours dur ; céphalée toujours intense ; l'enfant est plus gaie. Moins de râles dans la poitrine.

L'état s'améliore petit à petit ; l'amélioration a été complète le 3 février.

## OBSERVATION X

(Gagnière, *ibidem*...)

Mme D.... à Choisy-le-Roy.

Cette malade me fait appeler le 20 février.

L'auscultation jointe à la percussion, aux signes généraux et aux anamnestiques me permettent de penser à la tberculose ; mais des deux côtés de la poitrine on entend des râles disséminés, accompagnés de toux et de gros crachats épais. Pas de bacilles de Koch.

Céphalée intense. Douleurs rénales et lombaires. Urines albumineuses. Photophobie ; larmoiement. Ecoulement nasal. Transpirations abondantes. Θ : 38°9 ; rien ailleurs. Je pense à la grippe. J'ordonne de l'antipyrine. En vingt-quatre heures, les accidents aigus se calment.

23 février. — Malade abattue ; facies grippé. Elle a vomi la nuit et se plaint du ventre, qui est tendu et résistant. Douleur intense au point de Mac Burney. J'ordonne la glace, l'opium.

24 février. — Sédation dans les accidents intestinaux. Θ : 37°5.

25 février. — Amélioration légère ; un vomissement porracé dans la journée. Θ : 37 degrés.

26 février. — Θ presque normale. Les vomissements ont cessé ; la malade n'offre plus d'inquiétude.

Les accidents ont disparu depuis cette date.

## OBSERVATION XI

(Gagnière, *ibidem*...)

Mlle S... âgée de quinze ans, a eu déjà quelques amygdalites antérieures.

Le 19 mars, alors que l'épidémie de grippe sévit dans le quartier, dans la maison et dans la famille même, elle est prise d'un violent frisson, de rachialgie et de douleurs lombaires, le tout accompagné d'une céphalée intense. Je suis appelé le soir. Je constate que les amygdales, celle de droite surtout, sont le siège d'un dépôt pultacé qui disparaît par frottement. Θ: 39 degrés. Urines albumineuses.

Abdomen normal. Quelques râles de bronchite disséminés. Je pose le diagnostic de grippe ; je prescris des lavages des amygdales, de l'eau naphtolée ; j'y adjoins de l'antipyrine et je reviens le lendemain.

20 mars. — Θ matin : 39 degrés. Soir : 39°5. Les amygdales se nettoient. Mêmes signes à l'auscultation. L'état empire dans la soirée. Un confrère appelé en cachette considère ma malade comme atteinte de grippe. J'ajourne ma visite au 22 dans l'après-midi.

22 mars. — Je trouve ma malade avec un facies péritonéal ; Il y a eu des vomissements porracés. La malade est anxieuse ; elle a de la dyspnée : les extrémités sont froides. Le ventre, très tendu, est douloureux plus spécialement au point de Mac Burney.

La défense du ventre est telle que je ne peux le toucher que très légèrement. Θ : 39°8. Je déclare à la famille qu'il s'agit d'une appendicite, et que le transport s'impose d'urgence en vue d'une intervention chirurgicale. La malade arrive à l'hôpital Trousseau, à minuit. On l'opère à 2 heures du matin. Elle y meurt le 24. J'ignore le mécanisme de cette mort ; mais j'estime que l'infection grippale y a joué le rôle principal.

## OBSERVATION XII

(Gagnière, *ibid.*)

Mme A... me fait appeler le 15 avril. Cette malade, à la suite d'un refroidissement, a été prise d'un violent frisson, accompagné de céphalée, de douleurs lombaires. Température 38°5. L'auscultation me fait entendre à la base gauche des signes évidents de congestion pulmonaire.

16 avril. — En arrivant, je trouve la malade très abattue. Son facies est grippé. Elle a eu des vomissements porracés et une douleur très violente au point de Mac Burney. Les signes de congestion persistent, ainsi que la céphalée et la douleur lombaire.

J'apprends que Mme A... a été soignée à Rodez, six ans auparavant, pour une périty phlite. Tous ces signes joints à son état général me font conseiller le départ immédiat à la Pitié, où on la reçoit dans le service de M. le professeur Berger, mais en donnant aux signes pulmonaires la plus grande importance. Elle reste néanmoins en chirurgie, et on lui applique le traitement classique de l'appendicite en même temps qu'on soigne sa grippe et sa congestion pulmonaire.

Elle sort guérie au bout de douze jours, non opérée.

## OBSERVATION XIII

(Gagnière, *ibid.*)

Mme D .., âgée de trente-deux ans, tombe malade le 19 mai. Céphalée, courbature. Douleurs lombaires et aux angles du côlon de chaque côté. Larmoiement, coryza ; je la considère comme grippée. Urines très sédimenteuses. J'ordonne l'antipyrine. Je ne trouve rien de spécial au ventre, que je fais évacuer à l'aide d'un lavement purgatif.

20 mai. — Température matin, 38 degrés ; soir 38°6. Je trouve des râles aux bases, une submatité nette, de la rudesse de la respiration ; rien au ventre.

21 mai. — Langue très saburrale. Douleur au point de Mac Burney. Un vomissement verdâtre. T. = 39°-39°6. J'ordonne le traitement classique de l'appendicite en même temps que je soigne la poitrine.

22 mai. — Les râles diminuent. L'appendicite est très nettement confirmée et domine la scène.

23, 24 mai — La grippe pulmonaire diminue. L'appendicite évolue sans complications.

Guérison le 30 mai. — Depuis cette époque la malade a conservé une grande susceptibilité du ventre.

## OBSERVATION XIV

(Due à l'obligeance de M. le médecin-major Niclot.)

C... P..., vingt-deux ans, canonnier au 11e d'artillerie. Antécédents : douleurs articulaires, il y a quatre ans. Le sujet est mal à l'aise depuis trois semaines, et malade à la chambre depuis huit jours avec une angine. Le 15 février 1899, il entrait à l'infirmerie avec une fièvre de 30°1, de la bronchite, de la diarrhée, des coliques légères, puis des douleurs appendiculaires.

Le malade entre à l'hôpital militaire Desgenettes, le lendemain 16 février. Là, on constate des signes manifestes de grippe, l'angine, la céphalée, la bronchite, la diarrhée, déjà observés à l'infirmerie. Le malade éprouve une sensation de grande fatigue, de faiblesse articulaire. Il présente l'aspect particulier du malade infecté, il a les yeux brillants, les pommettes colorées, un peu d'abattement. La région appendiculaire (point de Mac Burney) est douloureuse à la pression.

20 février. — Les signes précédents persistent ; seuls les symptômes d'appendicite disparaissent. Le soir, la température

remonte brusquement à 39°5, et des signes d'arthropathie au genou gauche se dessinent

27 février. — A part quelques douleurs articulaires, l'état général est à peu près bon ; le malade ne se plaint plus.

L'impression éprouvée à ce moment est que l'infection amygdalienne primitive, après s'être propagée à l'appendice, organe lymphoïde lui aussi, a réveillé la diathèse rhumatismale.

9 mars. — La pression détermine encore une douleur localisée au point de Mac Burney, mais qui est peu intense.

9 avril. — Le malade sort guéri.

### OBSERVATION XV (personnelle).

(Recueillie à l'hôpital militaire du camp de Châlons.)

P... H..., vingt et un ans, soldat au 8e régiment d'infanterie de marine.

Au mois de janvier 1899, le sujet fut atteint d'une broncho-pneumonie grippale, à la suite de laquelle se produisirent au bout de quelque temps une phlébite et une lymphangite du membre inférieur droit.

Depuis sa maladie, le sujet n'a jamais complètement recouvré la santé; il est toujours resté souffrant. Le 6 juin 1899 au soir, survient une crise douloureuse abdominale ; celle-ci arrive brusquement, s'accompagnant d'une forte élévation de la température.

Le 7 juin, vomissements, constipation, symptômes péritonitiques. Il arrive le 8 juin au soir à l'hôpital militaire du camp de Châlons, où on l'opère d'urgence dans la nuit ; l'appendice gangrené est réséqué, l'abcès vidé.

Quatorze jours après, un abcès secondaire intra abdominal se forme et est incisé ; le malade est convalescent dans le mois d'août.

## IV. Rhumatisme articulaire aigu et crises appendiculaires.

### OBSERVATION XVI

(Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet.)

S .. L..., quarante-huit ans, salle Sainte-Anne, lit n° 2.

Il y a vingt-deux ans, la malade eut une première atteinte de rhumatisme articulaire aigu ; et, quelques jours après l'apparition de ces symptômes, elle eut une crise douloureuse localisée dans le flanc droit.

Depuis, les atteintes de rhumatisme et d'appendicite se sont fréquemment répétées, et souvent elles ont coïncidé. Ces crises douloureuses deviennent de plus en plus longues et pénibles, au fur et à mesure qu'elles se répètent La malade ne peut préciser le nombre de crises dont elle a souffert, pas plus que le nombre d'atteintes articulaires.

Elle vient à l'hôpital sur le conseil de son médecin, pour se faire opérer en mai 1900.

### OBSERVATION XVII

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Jaboulay.)

J... G..., dix-sept ans, blanchisseuse, entrée le 30 octobre 1900, déclare n'avoir jamais été « malade » ; mais l'interrogatoire finit par nous apprendre qu'au mois de juin 1898, elle a eu une première crise de rhumatisme articulaire aigu, localisée à la cheville droite.

La malade finit par accuser des retours très fréquents, plus ou moins aigus, de ces rhumatismes ; ses principales articulations ont été prises : les genoux, les coudes, les épaules, les articulations de la main.

Quinze jours avant d'entrer à l'hôpital, atteinte de rhumatisme à la cheville. En même temps, premières douleurs appen-

diculaires. La veille de son entrée, nouvelle crise subaiguë à la cheville droite.

Le soir, reprise des accidents appendiculaires, qui décident son transfert à l'Hôtel-Dieu.

L'appendice est réséqué quatre jours après son entrée.

Trois semaines après l'opération, retour des douleurs articulaires au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius droit.

L'examen anatomo-pathologique, que M. Jaboulay a bien voulu nous présenter, révèle un épaississement de la sous-séreuse avec engorgement des vaisseaux. Aucune lésion de la muqueuse. Les glandes de Lieberkuhn sont parfaitement en place et sans prolifération.

### V. Fièvre typhoïde et crises appendiculaires.

OBSERVATION XVIII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Paul Courmont.)

B. G..., trente-cinq ans, cuisinière.

Assez bonne santé habituelle. Un peu de dyspepsie atonique. Pas d'alcoolisme. En novembre 1898, fièvre typhoïde légère. Quinze jours de fièvre ; 20 bains. Séro-diagnostic positif. Convalescence normale. Depuis cette fièvre, augmentation des phénomènes dyspeptiques habituels. Légères crises de douleurs abdominales sourdes, parfois coliquatives. Constipation habituelle. Cependant, bon état général, et même augmentation du poids.

En novembre 1899, premières véritables coliques appendiculaires.

6 novembre. — Phénomènes d'abcès appendiculaire ; plastron, douleur au point de Mac Burney. — Θ. entre 38° et 39°.

24 novembre. — On ouvre un gros abcès collecté dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

29 novembre. — Subitement phénomènes de péritonite généralisée. Intervention *in extremis*.

30 novembre. — Mort.

*Autopsie.* — Lésions de péritonite généralisée ; gangrène appendiculaire.

## OBSERVATION XIX

(Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet.)

C. S..., vingt-neuf ans, chaudronnier.

Le malade, à part une rougeole contractée au régiment, a toujours été bien portant ; il n'a jamais présenté de troubles appendiculaires.

27 août 1899. — Le malade entre à la salle Saint-Augustin, service de M. le professeur Bondet, pour une fièvre typhoïde. Il fut soigné là jusque dans les premiers jours d'octobre. La diarrhée fut persistante pendant un mois et fit place à la constipation au moment où le malade commenca à s'alimenter.

Cette constipation dura jusqu'après le départ du malade pour le dépôt de convalescents de Longchêne, où il se rendit dans les premiers jours d'octobre.

Là, survinrent déjà quelques douleurs dans le flanc droit, qui augmentèrent d'intensité pendant deux ou trois jours, puis disparurent. Dès ce moment cessa la constipation.

Un mois après (le malade était rentré chez lui depuis huit jours), la constipation réapparut avec de nouvelles douleurs survenues très brusquement, occupant le même siège que les premières, mais beaucoup plus vives. Les douleurs ne firent qu'augmenter pendant deux jours, localisées au point de Mac Burney, s'accompagnant de vomissements bilieux.

Le malade rentre de nouveau à l'Hôtel-Dieu à ce moment, 7 novembre, pour y être opéré.

L'appendice est réséqué ; les douleurs cessent, la fièvre tombe.

OBSERVATION XX

(Due à l'obligeance de M. le médecin-major Ruotte.)

C... Entré le 24 décembre 1899.

Rien à relever dans les antécédents du malade avant son entrée au régiment. En août 1898, fièvre typhoïde qui le retient à l'Hôpital jusqu'à la fin de septembre La convalescence est pénible et dure deux mois.

Depuis cette époque, le malade était fatigué; avant sa fièvre typhoïde il était beaucoup mieux portant.

10 mars 1899. — Point douloureux très violent dans la fosse iliaque droite; il entre à l'hôpital avec de la fièvre, et le point douloureux de Mac Burney On le soumet à l'action de la glace, de l'opium et de la diète lactée. Il reste quinze jours à l'hôpital militaire Desgenettes.

Depuis, il éprouve des douleurs fréquentes qui le font dispenser des exercices pénibles. Deux fois notamment signes nouveaux appendiculaires.

Nouvelle crise le 20 décembre. — Le malade rentre à l'hôpital. Son appendice iléo-cæcal y est réséqué. Suites excellentes. Amélioration rapide de l'état général.

## VI. Variole suivie de crise appendiculaire.

OBSERVATION XXI (résumée.)

(Observation de Leudet, extraite des *Archives de Médecine* 1859.)

Seize ans, garçon de café, entre à l'Hôtel-Dieu de Rouen le 4 juillet 1855.

Malaise depuis neuf jours. Courbature. Envie de vomir sans vomissements. Pas d'angine; un peu de coryza et de toux. Eruption rougeâtre de la face et des membres sans prurit. Piqueté

sur la muqueuse palatine. Catarrhe oculo-nasal. Râles sonores des deux côtés de la poitrine.

7 juillet. — Disparition des taches. Convalescence.

12 juillet. — Le malade sort de l'hôpital.

20 juillet. — Le malade rentre, malade de nouveau depuis deux jours. Malaise, nausées.

Eruption variolique commençant à la face, le soir de l'entrée.

L'éruption se généralise, de papuleuse devient vésiculeuse.

23 juillet. — Délire continuant jusqu'au 27. Depuis le 25, pas de selles jusqu'au 27, jour où s'en produit une sous l'influence d'un lavement.

Etat stationnaire du malade du 1er au 6 août.

Du 7 au 13 août. — Convalescence.

14 août. — Sans aucun malaise le jour précédent, frissons avec claquement des dents, douleurs vives dans l'abdomen, face grippée, yeux caves. Pouls = 128. Opium, fomentations émollientes sur l'abdomen.

15 et 16 août. — Persistance des accidents, douleurs vives dans la fosse iliaque.

17 août. — Augmentation des douleurs qui arrachent des cris au malade.

18 août. — Accablement. — Refroidissement des extrémités. Mort.

*Autopsie.* — Péritonite avec injection du tissu cellulaire sous-séreux. Exsudation plastique accolant les anses intestinales. Estomac, intestin grêle, cæcum et côlon sans aucune lésion. Pas de traces de rougeur ou d'ulcération.

L'appendice iléo-cæcal était perforé à son extrémité libre et communiquait avec la cavité péritonéale. Les bords de la solution de continuité étaient frangés, irréguliers ; sa cavité non distendue. Pas de corps étrangers dans l'appendice ou dans la cavité péritonéale.

## VII. Tuberculose probable et crise appendiculaire; vérification anatomo-pathologique.

### OBSERVATION XXII

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Jaboulay.)

M. L.. , trente-six ans, concierge. Lit 61. Salle Saint-Paul.

Anémique dans sa jeunesse; réglée seulement à l'âge de dix-sept ans.

Il y a six ans, bronchite suspecte, avec fièvre, transpirations nocturnes, amaigrissement. Depuis, la malade dit s'enrhumer très facilement, à la moindre fraîcheur.

Pas de signes stéthoscopiques.

A l'âge de neuf ans, abcès froid ganglionnaire, incisé et cureté; on en voit encore la cicatrice dans la région sous-maxillaire droite.

12 octobre 1900. — Brusquement, sans aucun prodrome, à minuit, crise appendiculaire violente ; frisson très intense, coliques violentes; état de prostration extrême. Fièvre très élevée. Et pourtant à 10 heures du soir, la malade allait bien ; à 11 heures même elle n'éprouvait aucun malaise.

Habituellement, pas de constipation ni de diarrhée.

Un médecin appelé porte le diagnostic d'appendicite aiguë et envoie la malade à l'hôpital; elle y est amenée le 14 et opérée d'urgence le lendemain.

16 octobre. — La fièvre tombe graduellement jusqu'à la normale.

*Examen de l'appendice.* — Muqueuse enlevée presque en totalité; la lésion qui frappe toutes les autres couches, musculaire, sous-séreuse et séreuse, est incontestablement de nature tuberculeuse. Des cellules épithélioïdes infiltrent d'une façon intense les deux couches musculaires. Dans la sous-séreuse, tubercules embryonnaires récents, tubercules avec cellules épithélioïdes et cellules géantes. Dans la sous-séreuse se trouvent les tubercules les plus complets et les plus typiques, ainsi que de nombreux vaisseaux.

## VIII. **Syphilis secondaire et crises appendiculaires.**

### OBSERVATION XXIII

(Horwitz *Annals of Surgery*, 1898.)

Commerçant, quarante-quatre ans, me consulte, il y a quatre ans, avec tous les symptômes d'une syphilis secondaire. Il m'affirme avoir eu neuf attaques d'appendicite, et se relever à peine de la dernière. Il a consulté quatre des plus distingués chirurgiens de la ville, qui lui ont tous conseillé l'ablation de l'appendice.

A l'examen, masse indurée dans la fosse iliaque droite, quelque peu douloureuse. L'opération lui fut de nouveau conseillée par moi, quand ses accidents syphilitiques auront disparu, et quand la santé sera revenue. On lui administra alors du mercure à hautes doses. Les exercices violents furent interdits La santé générale augmenta rapidement, les symptômes syphilitiques disparurent. Les hématies augmentent de nombre ; les selles deviennent normales

Pendant deux mois de traitement, tout alla bien, puis survint une nouvelle attaque d'appendicite. Pendant deux jours j'hésitai à opérer. L'état s'améliora cependant ; le traitement mercuriel fut continué jusqu'en 1896, pendant trois ans. A ce moment, il est en meilleure santé que les années précédentes. Pas de retour d'appendicite depuis quatre ans. La masse dure trouvée dans la fosse iliaque droite a entièrement disparu.

### OBSERVATION XXIV

(Horwitz, *ibidem*.)

G. W... vint se faire soigner par moi, il y a trois ans et demi. Il souffre de symptômes de syphilis secondaire. Il avait eu trois attaques d'appendicite aiguë, souffrait de dyspepsie et de constipation. Il fut également soumis à de hautes doses de protoïodure de mercure, et sa santé s'améliora rapidement.

Il était au traitement depuis un mois, quand une appendicite aiguë apparut, qui fut rapidement arrêtée. A peine était-il convalescent que les chirurgiens jugèrent une opération absolument nécessaire. Il refusa, et le traitement mercuriel fut continué avec succès.

## OBSERVATION XXV

(Horwitz, *ibidem.)*

L. S .., a commencé à être traité par moi, il y a trois ans, pour une attaque récente de vérole. Il m'avoua avoir eu cinq attaques d'appendicite. Il avait consulté plusieurs chirurgiens, qui tous avaient conseillé l'ablation de l'appendice.

La fosse iliaque droite était douloureuse au toucher, et, à la palpation, on pouvait sentir une masse indurée. Je lui appliqué le traitement mercuriel. Plus de troubles appendiculaires.

## OBSERVATION XXVI

(Horwitz, *ibidem.)*

O. A..., trente-trois ans, homme d'affaires, vint se faire soigner pour la première fois, il y a un an et demi, pour syphilis secondaire. Il affirma deux attaques d'appendicite aiguë. Il était pâle, faible et anémique, se plaignait de dyspnée et de constipation. L'examen de la fosse iliaque droite donnait des signes certains d'appendicite chronique. On lui donna des doses massives de protoïodure de mercure, qui ont été continuées jusqu'à maintenant.

Pendant que je le soignais, il a eu deux attaques d'appendicite ; la dernière semble probablement due à une promenade à bicyclette faite en dépit de mes recommandations formelles. Depuis le mois de juin dernier, grâce au traitement semble-t-il, plus de

troubles appendiculaires ; la santé générale est bonne. Il est toutefois plus constipé qu'auparavant.

## OBSERVATION XXVII (résumée).

(Due à l'obligeance de M. le médecin-major Ruotte).

P. A..., caporal infirmier, 25e section Entré le 17 novembre 1899.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Il y a un mois, le malade souffrit d'un volumineux abcès dentaire pour lequel il entra à l'hôpital.

Il y a deux jours, le malade a ressenti brusquement une très vive douleur dans la fosse iliaque ; cette douleur était persistante, s'accompagnant de vomissements bilieux. A 5 heures du soir le malade entrait à l'hôpital militaire Desgenettes.

On constate une vive douleur à la palpation profonde de la fosse iliaque droite au point de Mac Burney. On porte le diagnostic anatomique d'appendicite.

Diagnostic étiologique : le malade ne présente pas de bacillose, il n'a pas fait d'efforts, n'a pas reçu de coups. On doit être en présence d'une appendicite provoquée par une infection générale reconnaissant comme source l'abcès dentaire dont a récemment souffert le malade.

On applique le traitement médical ; les douleurs vont diminuant, l'état général redevient bon. Le malade sort le 14 décembre, avec une convalescence d'un mois.

Le lendemain de sa sortie de l'hôpital, apparition d'un chancre induré. Le dernier coït avait eu lieu un mois et demi auparavant.

On pose le diagnostic de chancre syphilitique.

5 février. *Trois mois après l'apparition du chancre.* — Le malade a ressenti hier des douleurs abdominales très vives, celles-ci n'ont pas tardé à se localiser à la fosse iliaque droite.

De nouveau, point de Mac Burney très douloureux.

6 février. — L'état local reste le même.

7 février. — Douleurs moins vives; apparition de plaques muqueuses dans la bouche.

9 février. — Les symptômes d'appendicite s'atténuent : le malade subit le traitement mercuriel.

12 février. — Plus de symptômes. L'appétit revient.

24 février. — Plus de douleurs même par une pression très forte.

## IX. **Actinomycose et crises appendiculaires**

### OBSERVATION XXVIII

Braun, *Corresp. des Allgem. ärztlichen vereins von Thuringen.*
Extrait du volume de MM. Poncet et Bérard sur l'*Actinomycose humaine.*

Jeune homme de dix-huit ans qui éprouve une tuméfaction douloureuse dans la fosse iliaque droite. Une infiltration très dure envahit la paroi abdominale de l'épine iliaque à l'ombilic. Elle est très douloureuse à la pression. Pas de fluctuation. Température = 38°,3 à 39°4.

En quelques semaines, ce plastron se ramollit; on le ponctionne; une grande quantité de pus s'écoule, mêlé de grains jaunes.

Paroi tapissée de granulations parasitaires.

### OBSERVATION XXIX

Doyen : *Atlas de microbiologie.*
Résumé extrait du volume de MM. Poncet et Bérard.

X... a présenté des symptômes d'appendicite à rechute. Périodes de rémission et d'accidents aigus, après lesquelles un phlegmon se développe au niveau de la région iliaque droite. On l'incise. Il subsiste un trajet fistuleux. On recueille alors une goutte

du pus qui suintait, en petite quantité du reste, de la fistule. Ce pus fit voir deux grains caractéristiques de l'actinomycose.

Quelque temps plus tard, du côté de l'aine gauche, survint un abcès secondaire qui, incisé, laissa voir également des grains jaunes. Le foyer fut curetté, tamponné à ciel ouvert. Une autre localisation se fit dans la région lombaire. Le malade succomba à la cachexie.

L'appendice, dans cette observation, a été le premier siège de localisation de l'infection.

### X. **Infection partie d'un cancer ; localisation appendiculaire.**

OBSERVATION XXX

(Due à l'obligeance de M. le Dr Patel, interne des hôpitaux.

C. F..., femme de cinquante-quatre ans.

Néoplasme du rectum.

Occlusion intestinale nécessitant la confection d'un anus contre nature le 23 avril 1900. L'opération fut faite par M. le professeur agrégé Jaboulay. Une amélioration notable s'ensuivit.

10 mai. — Depuis quelques jours la malade se plaint de douleurs dans la fosse iliaque, de constipation. On lui administre des lavements.

19 mai. — Apparaissent de nouveaux symptômes d'occlusion. On fait une incision du côté du cæcum pour faire un anus cæcal ; on tombe sur une appendicite gangreneuse.

25 mai. — Parotidite infectieuse. Une incision ne ramène pas de pus. L'état général est des plus mauvais. La mort arrive.

### X. **Grossesse et crises appendiculaires.**

OBSERVATION XXXI

Tuffier (*in* th. de Bapteste, Lyon 1899).

Mme X..., trente-quatre ans. Constipation opiniâtre; a eu au cours de sa première grossesse, vers la fin du huitième mois des

accidents très graves du côté de la fosse iliaque droite. On crut à une fièvre typhoïde. T. = 38 à 40 degrés pendant quinze jours. Tout se termina par l'ouverture d'un abcès dans le cæcum et l'expulsion par l'anus d'une quantité de pus fétide. La grossesse continue, la malade guérit.

Un an après, nouvelle grossesse; nouvelles douleurs dans la fosse iliaque droite; poussées fébriles, vomissements. L'accouchement eut lieu à terme ; depuis cette époque, cette femme ne ressentit que des douleurs vagues dans la fosse iliaque.

Troisième grossesse de quatre mois. Douleur dans le flanc droit depuis deux mois ; tuméfaction, pas de fièvre. Diagnostic : appendicite sans suppuration. Traitement médical. Au bout d'un mois, les symptômes s'aggravent. Le 30 janvier, opération. On trouve une tumeur kystique de l'ovaire droit, du volume d'une orange, on l'extirpe; l'appendice fibreux est soudé à la face postérieure du cæcum, disséqué et réséqué. Il contenait un gros calcul pierreux d'origine stercorale. La guérison se fit sans incident ; la grossesse continua son cours, accouchement heureux, à terme, d'un enfant vivant.

## OBSERVATION XXXII

Vinay (*in* th. de Bapteste).

M. P..., trente-six ans, primipare. Avait de la colite pseudo-membraneuse avant sa grossesse. Accouchement le 6 septembre 1897.

Présentation O. I. D. P. Forceps. Déchirure du périnée réparée de suite. Il resta un cotylédon placentaire que l'on ne put extraire. Suites de couches apyrétiques, mais hémorragies pendant plus d'un mois ; involution utérine incomplète. Le 12 octobre, curetage, on retire le lambeau de placenta ; la femme guérie sort dès le 16 octobre. Le 21, crise d'appendicite à début brusque. Point de Mac Burney très sensible. T. = 38 degrés. Pouls accéléré, facies grippé, constipation, pas de vomissements. Le

23, défense de la paroi. T. = 39 degrés. Le 29, amélioration. Le 4 septembre la guérison est assurée.

## OBSERVATION XXXIII

Fieux (*in* th. de Bapteste).

Fille dix-neuf ans, primipare, accouche spontanément à neuf mois d'un enfant vivant. Longues périodes de constipation au cours de sa grossesse. Vers le troisième mois, elle a eu une attaque brusque d'hémiparésie gauche disparue en six jours. Suites de couches normales.

Vingt-sept jours après son accouchement, crise appendiculaire.

# CONCLUSIONS

I. Les théories anciennes de Talamon, de Reclus, etc., alors qu'elles prétendent expliquer tous les cas, se trouvent insuffisantes : tout au plus peuvent-elles rendre compte de certaines « appendicites ».

Quant au « Vase Clos » de Dieulafoy, qu'il soit constitué du fait d'un calcul ou d'un rétrécissement fibreux, loin d'être la cause déterminante des accidents observés, il semble au contraire n'en constituer que le résultat.

II. Pour bien comprendre la pathogénie des accidents, il faut tout d'abord distinguer entre l'*appendicite* proprement dite et la *crise appendiculaire*. La première est le fait d'altérations muqueuses primitives, tandis que, dans la seconde, les lésions premières sont périphériques. Celle-là évolue lentement, sans grand fracas, mais celle-ci au contraire affecte bien souvent dès le début les allures les plus sévères.

III. La crise appendiculaire est toujours le résultat d'une infection générale ; cette infection agit non pas comme le voulait Laveran, c'est-à-dire en exaltant la virulence des hôtes de l'organe, mais bien par elle-

même et sans intermédiaires. Les agents infectieux se fixent, ainsi que sur un autre organe, sur l'appendice mis en état de moindre résistance.

IV. La structure lymphoïde de l'appendice, d'autant plus marquée que le sujet est plus jeune, fait déjà de cet organe un point d'appel pour l'infection.

L'appendice, d'autre part, semble se comporter comme l'amygdale pour le pharynx, accumulant et détruisant les produits toxiques de l'intestin. Un fonctionnement exagéré, épuisant la résistance de cet organe, le rend plus facilement accessible encore à une infection générale intercurrente.

De même, les rétractions fibreuses, les calculs observés par Dieulafoy résultant d'une altération primitive de l'organe, feront de lui un point faible où se localiseront sans peine les agents infectieux.

V. Toutes les infections sont susceptibles de localisations appendiculaires. La grippe, entre toutes, semble devoir être le plus souvent incriminée ; mais elle est loin d'être seule ; le rhumatisme articulaire, la tuberculose, toutes les variétés d'infections, depuis les plus légères en apparence jusqu'aux plus graves, peuvent déterminer la crise appendiculaire.

VI. La grossesse joue parfois un grand rôle dans la production de la crise appendiculaire ; elle peut agir de deux façons différentes : soit simplement à titre de prédisposition, de par la congestion qu'elle imprime à tous les organes abdominaux, facilitant ainsi la localisation d'agents infectieux intercurrents ; soit encore en même

temps comme cause déterminante ; le fœtus, le placenta, les membranes pouvant devenir, dans certains cas, le point de départ d'infections susceptibles, au même titre que les autres, de localisations appendiculaires.

*Vu :*
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
J. TEISSIER.

*Vu :*
LE DOYEN,
LORTET.

*Vu et permis d'imprimer :*
Lyon, le 11 décembre 1900.
*Pour le Recteur et par délégation,*
LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
E. CAILLEMER.

# BIBLIOGRAPHIE


Apolant, Therapeutische Monatschrift (février 1897).

Bapteste, th. de Lyon (1899).

Beaussenat, th. de Paris (1897).

Bouiller, th. de Lyon (1898).

Brun, Presse médicale (1896).

Coyne et Hobbs, Soc. de biologie (juin 1900).

Chambard, th. de Lyon (1899).

Dieulafoy, Pathologie interne.

— Soc. méd. des hôp. de Paris (février 1896).

— Semaine médicale (mars 1896).

— Cliniques de l'Hôtel-Dieu (1897-1898).

Faisans, Société méd. des hôp de Paris (février 1896).

— Société méd. des hôp. de Paris (1899).

Florand, Société méd. des hôp. de Paris (1899).

Golubow, Berliner klinische Wochenschrift (janvier 1897).

Horwitz, Annals of Surgery (janvier 1898).

Gagnière, Gazette des hôpitaux (novembre 1899).

Jalaguier, Bull. de la Soc. de chirurgie (déc. 1896).

— Presse médicale (1897).

— Traité de chirurgie (article Appendicite) dernière édition.

Jarca, th. de Paris (1898).

Lannois et Briau, Lyon médical (mars 1898).

Leudet, Arch. de médecine (1859).

Lewidowitsch, in Sem. méd. (21 février 1900).

Merklen, Soc. méd. des hôp. de Paris (mars 1897).
Poynton, Soc. méd. de Londres (octobre 1900).
Poncet et Bérard, Actinomycose humaine.
Pinard, Bull. Acad. méd. (mars 1898).
Piard, th. de Paris (1896).
Le Gendre, Journ. des Praticiens (avril 1897).
Reclus, Bull. Acad. de méd. (mars 1897).
Rendu, Soc méd. des hôp. de Paris (1896).
Roger et Josué, Revue de médecine (Paris, juin 1896).
Reclus, Semaine méd. (juin 1898).
Sahli, Congrès de Munich (1895).
Talamon, Appendicite et périty phlite (Bibl. Charcot-Debove, 1891).
Thibaut, th. de Paris (1900).
Tripier et Paviot, Sem. médic. (mars 1899).
— — Arch. gén. de méd. (juillet 1899).
Vinay, Lyon médical (janvier 1898).
Ch. von Mayer, Bull. des travaux de l'Institut pathologique de Lauzanne (1898).

Lyon. — Imp. A. REY, 4, rue Gentil. — 25324